



Университетское  
Образование

А. И. Котыгин

# СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ АРТ-ТЕРАПИЯ



УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ



**Александр Иванович Копытин**  
**Современная клиническая арт-  
терапия. Учебное пособие**  
Серия «Университетское психологическое образование»

[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=9363840](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=9363840)

*Современная клиническая арт-терапия: Учебное пособие: Когито-Центр; Москва; 2015*  
*ISBN 978-5-89353-437-5*

**Аннотация**

Книга отражает современное состояние и методологию исследований в области клинической арт-терапии – новой научно-практической дисциплины, тесно связанной с клинической психотерапией и психологией. Представлены не только принципы и ключевые тенденции развития современной арт-терапии, но и специфика отечественной арт-терапевтической школы. Описана оригинальная модель клинической системной арт-психотерапии, успешно реализованная автором и его последователями. Подробно изложены методики и программы арт-терапевтической работы в разных областях клинической медицины, в лечении и реабилитации пациентов из разных клинических групп, даны соответствующие рекомендации. Описание диагностических процедур и критериев оценки полученных материалов подкреплено многочисленными иллюстрациями и анализом рисунков пациентов. Рекомендуется как для начинающих, так и для опытных специалистов.

# Содержание

Введение	6
Глава 1. Арт-терапия в прошлом и настоящем	8
1.1. Арт-терапия: определение, история и современное состояние	8
1.1.1. Что такое арт-терапия?	8
1.1.2. История арт-терапии	9
1.1.3. Арт-терапия сегодня	15
1.2. Статус арт-терапии как научно-практической дисциплины	21
1.3. Специалисты по арт-терапии и арт-терапевтическое образование	23
1.3.1. Специалисты по арт-терапии	23
1.3.2. Арт-терапевтическое образование	25
Глава 2. Элементы арт-терапевтической методологии	29
2.1. Арт-терапия как многообразие методов	29
2.2. Динамически-ориентированная (аналитическая) арт-терапия	32
2.2.1. Психологические механизмы и природа изобразительной деятельности	32
2.2.2. Психотерапевтические отношения	35
2.2.3. Принципы и приемы эффективной фасилитации	36
2.2.4. Интерпретация в процессе арт-терапии	41
Глава 3. Групповая арт-терапия	45
3.1. Групповая интерактивная арт-терапия: определение и методология	46
3.1.1. Что такое групповая интерактивная арт-терапия?	46
3.1.2. Методология групповой арт-терапии	47
3.2. Формы интерактивной групповой арт-терапии	50
3.2.1. Динамическая арт-терапевтическая группа	50
3.2.2. Тематическая арт-терапевтическая группа	52
3.2.3. Интерактивный потенциал студийной арт-терапевтической группы	53
3.3. Стили ведения и особенности фасилитации арт-терапевтических групп	56
3.4. Специфика и преимущества арт-терапевтических групп	59
Глава 4. Арт-терапевтическая среда, изобразительные средства и материалы	62
4.1. Арт-терапевтический кабинет	62
4.1.1. Арт-терапевтический кабинет как особое пространство	62
4.1.2. Разные виды организации арт-терапевтической среды	66
4.2. Изобразительные средства и материалы	69
4.2.1. Изобразительные средства и материалы как основа арт-терапии	69
4.2.2. Теории изобразительных материалов, используемые в арт-терапии	72

Конец ознакомительного фрагмента.

76

# **А. И. Копытин**

## **Современная клиническая арт-терапия**

### **Учебное пособие**

\* \* \*

Рецензенты:

*С. М. Бабин*, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии СЗГМУ им. И. И. Мечникова

*М. Е. Бурно*, доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии, сексологии РМАПО

© Когито-Центр, 2015

## Введение

Развитие арт-терапии как научно-практической дисциплины в нашей стране и за рубежом ознаменовано укреплением ее позиций в качестве необходимого компонента деятельности различных медицинских, социальных, образовательных учреждений. Совершенствуется научно-методическая база арт-терапии. Регламентируются ее процедуры и программы лечебно-профилактической и реабилитационной направленности, предназначенные для разных категорий больных и здоровых людей. Возрастают требования к доказательной базе и эффективности арт-терапии, подготовке специалистов, способных оказывать профессиональные арт-терапевтические услуги.

Исторически формируясь как разновидность помогающей деятельности, объединяющей в себе художественную и психологическую (терапевтическую) практику, арт-терапия породила разнообразие форм и методов. Некоторые из них характеризуются превалированием художественной составляющей, отводят больше места изобразительной деятельности и нередко обозначаются как «лечебное изобразительное искусство» (*therapeutic art, art as therapy*). Другие же придают значение не только процессу изобразительной деятельности, но и восприятию и обсуждению созданной продукции, работе с целостной личностью клиента/пациента на основе той или иной модели психологического консультирования, психотерапии. Для их обозначения в последние годы все чаще используется слово «арт-психотерапия».

Лечебное изобразительное искусство и арт-психотерапия дополняют друг друга, создают значительные возможности для проведения работы с разными людьми и решения разных задач лечения, реабилитации, гармонизации и развития человека. Они могут составлять репертуар форм и методов работы, которые выбираются и реализуются одним и тем же специалистом с учетом индивидуальных особенностей клиента или группы. Для этого специалист должен пройти относительно длинный путь дополнительной профессиональной подготовки (магистратуру или постмагистратуру) по арт-терапии, как это характерно для некоторых стран. В то же время лечебное изобразительное искусство и арт-психотерапия могут практиковаться разными специалистами – художником, освоившим основы психологии, в первом случае и психологом/психотерапевтом, овладевшим по крайней мере основами художественной деятельности, во втором. Их профессиональные функции, возможности и оплата труда при этом могут быть соответствующим образом регламентированы. Именно по такому пути на сегодняшний день развивается арт-терапия в нашей стране.

Настоящее издание посвящено арт-терапии как одному из активно формирующихся подходов к лечебно-профилактическому использованию изобразительной деятельности. Представлены ее история, теория и методология, инструменты практической работы в медицине и социальной сфере, планирование и осуществление вмешательств, изученные эффекты. Многолетний опыт преподавания, практической работы и исследования арт-терапии позволил автору книги обрисовать целостную картину ее развития и современного состояния, а также представить многочисленные практические примеры. Издание фактически выполняет функцию учебника, позволяющего овладеть данной предметной областью, начиная с азов и заканчивая принципиальными вопросами становления и позиционирования арт-терапии в системе научного знания, а также ее использования в разных областях практического применения.

Издание отражает специфику отечественной арт-терапии, особенности ее развития в постсоветский период. Всесторонне изучив и освоив достижения зарубежных арт-терапевтических школ, автор тем не менее выявляет сильные стороны и преимущества отечествен-

ной арт-терапии, предлагая целостную и всесторонне обоснованную концепцию арт-терапевтического вмешательства, успешно реализованную им и его учениками.

# Глава 1. Арт-терапия в прошлом и настоящем

## 1.1. Арт-терапия: определение, история и современное состояние

### 1.1.1. Что такое арт-терапия?

Согласно общепринятому международному определению, арт-терапия является одним из направлений креативной терапии искусством (*creative arts therapies*), наряду с такими направлениями, как музыкальная терапия, танцевально-двигательная терапия и драматерапия. Все они используют творческую активность клиентов/пациентов как фактор лечебно-профилактического воздействия, но с преимущественной опорой на одну из модальностей, с помощью которой клиенты творчески выражают себя, – изобразительное искусство, музыку, движение и танец или искусство театра. Соответственно, имеются специалисты, осуществляющие свою работу с использованием этих модальностей – арт-терапевты, музыкальные терапевты, танцевально-двигательные терапевты и драматерапевты.

В последние годы также развиваются иные узкоспециализированные направления креативной терапии искусством (например, терапия поэтическим творчеством) либо интегративные формы, сочетающие все возможные виды творческой экспрессии (терапия выразительными искусствами – *expressive arts therapies*). Поскольку в зарубежной практике креативной терапии искусством и при подготовке специалистов мономодальный подход преобладает, сочетание разных модальностей в целях повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий обычно достигается путем реализации бригадного подхода, когда клиент, проходя, например, курс реабилитации, посещает занятия не только у арт-терапевта, но и у других узких специалистов.

В ряде стран (США, Великобритания и некоторые другие) разные формы креативной терапии искусством рассматриваются как самостоятельные парамедицинские специальности, требующие соответствующей длительной профессиональной (магистерской или постмагистерской) подготовки, рассчитанной не менее чем на два или три года. Прохождение таких программ позволяет лицам с разным базовым образованием (не ниже уровня бакалавра) в сфере искусства, педагогики, психологии, медицины (как правило, специалистам по сестринскому уходу – *nursing*) или социальной работы овладеть достаточным объемом знаний и сформировать комплекс умений, необходимых для оказания психологической, психосоциальной помощи разным группам населения на основе использования искусства.

Существуют также страны, к которым относится и Россия, где креативные терапии искусством не имеют статуса самостоятельных специальностей. Они рассматриваются как узкоспециализированные методы психологической помощи, для овладения которыми и для последующего применения которых в одной из областей помогающей деятельности (лечебной, реабилитационной, консультативной и др.) необходимо иметь соответствующую профессиональную квалификацию психолога или врача-психотерапевта и пройти соответствующую программу дополнительного образования.

Как в тех, так и других странах возможно использование поддерживающего или развивающего потенциала искусства не профессиональными арт-терапевтами, психологами или врачами-психотерапевтами, а, например, педагогами, художниками или представителями иных творческих профессий, не прошедшими специальную магистерскую или постмаги-

стерскую подготовку. Однако их деятельность не может рассматриваться как форма психологической или лечебной помощи, а относится к сфере искусства или образования (например, художественного образования, специальной или коррекционной педагогики или арт-педагогики).

Обращение к существующим определениям арт-терапии и иных направлений креативной терапии искусством позволяет лучше понять их основное содержание и предназначение. Согласно Резолюции Российской арт-терапевтической ассоциации, арт-терапия характеризуется как «система психологических и психофизических лечебно-коррекционных воздействий, основанных на занятиях клиентов/пациентов изобразительной деятельностью, построении и развитии терапевтических отношений. Она может применяться с целью лечения и предупреждения различных болезней, коррекции нарушенного поведения и психосоциальной дезадаптации, реабилитации лиц с психическими и физическими заболеваниями и психосоциальными ограничениями, достижения более высокого качества жизни и развития человеческого потенциала».

Согласно определению Американской арт-терапевтической ассоциации, арт-терапия рассматривается как вид «лечебного применения изобразительной деятельности в контексте профессиональных отношений арт-терапевта с людьми, имеющими те или иные заболевания, травмы или трудности психической адаптации, либо теми, кто стремится к личному развитию. Благодаря созданию изобразительной продукции и обсуждению образов и процесса их создания, они могут прийти к лучшему пониманию себя и других, справиться с симптомами болезни и стресса или последствиями травмы, развить познавательные навыки и прийти к позитивному, жизнеутверждающему мироощущению» (ААТА, 2003, р. 3).

Как указано в информационной брошюре «Художник и арт-терапевт: краткое обсуждение их ролей в больницах, специальных школах и социальной сфере», изданной Британской ассоциацией арт-терапевтов (ВААТ, 1989), «арт-терапия связана с художественной экспрессией... взаимодействием пациента с создаваемыми им художественными работами и терапевтом. Хотя арт-терапия, так же как и любой иной вид психотерапии, направлена на осознание неосознаваемого психического материала, в арт-терапии этому способствует богатство художественных символов и метафор. Арт-терапевты хорошо понимают особенности процесса изобразительного творчества, обладают профессиональными навыками невербальной, символической коммуникации и стремятся создавать для клиента/ пациента такую среду, в которой он мог бы чувствовать себя защищенным и выражать свои переживания. Художественно-эстетические критерии как основа для оценки изобразительной продукции клиентов/пациентов в контексте арт-терапии не имеют большого значения» (ВААТ, 1989, р. 2).

К сожалению, существует немало русскоязычных изданий, в которых слову «арт-терапия» приписываются иные, не свойственные ей значения. Это затрудняет формирование в обществе адекватного представления о данном явлении, создает препятствия для развития арт-терапии как одной из форм помогающей деятельности с присущими ей стандартами и нормами профессионального образования и практической работы.

## **1.1.2. История арт-терапии**

Искусство сопровождало и поддерживало человека начиная с доисторического времени. Оно активно использовалось людьми в ритуалах, магических и исцеляющих практиках и в качестве эффективной формы их взаимодействия друг другом, освоения и преобразования окружающей среды. Оно также всегда служило средством отражения и организации внутреннего мира человека, реализации его духовной сущности, постижения им смыслов существования. Уходя своими корнями в многовековые пласты культуры человечества, пита-

ясь огнем творческого вдохновения, арт-терапия как одна из форм лечебной, помогающей деятельности, объединившей в себе искусство, медицину, психологию и педагогику, конечно же, не является изобретением XX века. Хотя оформление арт-терапии в самостоятельное направление лечебно-профилактической работы начиная с середины XX в. более активно происходило в таких странах, как США и Великобритания, ее с полным основанием можно признать универсальным, общечеловеческим феноменом. Благодаря сочетанию различных объективных и субъективных факторов, примерно к середине XX в. создались более благоприятные условия для ее становления и общественного признания. В качестве таких факторов часто рассматриваются:

- социальные инициативы некоторых художников, стремившихся более активно реализовать здоровьесберегающий потенциал изобразительной деятельности в интересах людей, страдающих психическими и физическими недугами;
- развитие психотерапии, в особенности психоанализа с его повышенным интересом к использованию искусства с целью познания и гармонизации внутреннего мира человека, преодоления конфликта между сознанием и сферой бессознательного;
- интерес психиатров к изобразительному искусству как к дополнительному инструменту изучения психических процессов и симптомокомплексов, характерных для различных душевных заболеваний, и как к одному из стабилизирующих, защитных факторов.

В качестве пионеров западной арт-терапии из художественной среды выделяются фигуры А. Хилла, Э. Адамсона (Великобритания), Э. Крамер, М. Хантун, Д. Джонса, Р. Олта (США) и др. Хилл, в частности, известен тем, что одним из первых стал использовать слово «арт-терапия» при описании своей работы с пациентами в госпиталях послевоенной Великобритании. Он автор книги «Изобразительное искусство против болезни» (1945) и инициатор создания художественных мастерских в учреждениях Национальной системы здравоохранения.

Начиная с 1946 г., устроившись на работу в психиатрический стационар, другой британский художник, Адамсон, стал проводить занятия с больными на базе созданной им открытой художественной мастерской. Он верил, что, занимаясь изобразительной деятельностью, пациенты могут преодолевать свои душевные недуги. Адамсон также создал коллекцию из примерно 60 тысяч рисунков, картин и поделок пациентов, считая их оригинальными произведениями изобразительного искусства.

Начиная с 1930-х годов, Хантун стала проводить занятия изобразительным искусством с психиатрическими пациентами на базе клиники Меннингеров в г. Топека (шт. Канзас). Клиника получила известность как один из ярких примеров реализации нового, более гуманного подхода к лечению психически больных. В деятельности клиники важное место отводилось психоаналитической терапии и фактору творческой активности. В дальнейшем на базе этой клиники работали известные деятели американской арт-терапии – художники Джонс и Олт. Наряду с другими пионерами данного направления, в начале 1960-х годов они выдвинули инициативу создания Американской арт-терапевтической ассоциации.

Следует также напомнить о значительной поддержке развития первых форм арт-терапии со стороны представителей мира искусства. Хотя многие из них и не принимали непосредственного участия в проведении художественных занятий с больными, но проявляя повышенный интерес к творчеству душевнобольных и признавая его оригинальным и ярким художественным явлением и даже источником вдохновения для своего творчества, такие деятели авангардизма, как М. Эрнст, В. Кандинский, Ж. Дебюффе, П. Клее, А. Арто, С. Дали и многие другие содействовали развитию новых форм лечебной практики, основанных на занятиях изобразительным творчеством.

Подходы к применению изобразительного искусства в клинической среде, которые использовались художниками в тот период, базировались на представлениях об исцеляющем воздействии процесса изобразительной деятельности, его способности активизировать личность больного, давать свободный выход переживаниям либо отвлекать от мыслей о болезни. Идейной платформой пионеров зарубежной арт-терапии из художественной среды являлись концепции инновационной художественной педагогики, воспитательно-образовательного воздействия на личность посредством искусства, нередко смыкающиеся также с психоаналитическими взглядами на изобразительное творчество как на проводник бессознательных импульсов.

Такой подход в арт-терапии в англоязычных странах, как правило, обозначается как «терапевтическое изобразительное творчество» (*therapeutic art*), «изобразительное искусство как терапия» (*art as therapy*), «исцеляющее искусство» (*healing art*) и противопоставляется изобразительному искусству как форме психотерапевтической практики или арт-психотерапии. Хотя терапевтическое изобразительное творчество и арт-психотерапия представляют собой две грани единого явления или две разные формы реализации лечебного потенциала изобразительной деятельности, они имеют ряд принципиальных различий, связанных, прежде всего, с использованием разных терапевтических/саногенных факторов.

Вклад психотерапевтов-психоаналитиков в развитие арт-терапии также весьма значителен. Это были такие специалисты, которые включали в процесс психотерапевтического взаимодействия с пациентами изобразительные средства, полагая, что это позволяет лучше исследовать бессознательные процессы клиентов. Выражая в изобразительной форме свои переживания и фантазии и затем обсуждая и интерпретируя вместе с аналитиком созданную продукцию, клиенты могут осознать то, что ими ранее не осознавалось.

Важное значение для пионеров арт-терапии из числа психоаналитиков имели представления Фрейда о процессе символизации как важнейшей функции психики, тесно связанной с психологическими защитами. Эти специалисты использовали, прежде всего, такие техники психоанализа, как работа со свободными ассоциациями и фантазиями, интерпретация образной продукции клиентов и реакций, возникающих в процессе взаимодействия клиента и аналитика (переносов и контрпереносов).

Благодаря участию в аналитической психотерапии, изучению психоанализа и последующей работе в психиатрической клинике в 1940–1960-е годы американка М. Наумбург создала свой метод динамически-ориентированной арт-терапии. Результаты этой работы описаны ею в книге «Изучение свободной художественной экспрессии детей с нарушениями поведения в качестве средства диагностики и лечения» (Naumburg, 1947). По мнению автора, когда пациент в результате занятий преодолевает неуверенность и начинает свободно выражать свои страхи, потребности и фантазии в художественной форме, он начинает их лучше осознавать и принимать в себе. Наумбург одной из первых использовала в своих публикациях слово «арт-терапия». В 1950-е годы она основала первые курсы по арт-терапии и в дальнейшем стремилась к их превращению в полноценную программу последипломной подготовки арт-терапевтов.

Различные школы психоанализа, развивавшиеся во второй половине XX в., – не только классический психоанализ, но и теория объектных отношений, юнгианский анализ, постюнгианский подход и другие – внесли заметный вклад в совершенствование теории и техник арт-терапии. Развитие иных направлений психотерапии в этот период, таких как гуманистический клиент-центрированный (Н. Роджерс), феноменологический (М. Бетенски), гештальт-терапевтический (Дж. Райн) и другие подходы привели к существенному укреплению позиций арт-психотерапии как одной из форм реализации здоровьесберегающего потенциала изобразительного творчества.

Немаловажное значение для развития новых форм арт-психотерапии во второй половине XX в. также имело оформление разных школ групповой и семейной психотерапии. Используя характерные для них теории и техники, арт-терапевты смогли создать свои оригинальные и эффективные формы работы с группами и семьями (Г. Макнилли, Дж. Рубин, Х. Квятковская, Х. Ландгартен и др.).

Что касается вклада психиатров в развитие арт-терапии, то за рубежом лечебная работа с пациентами/клиентами с использованием изобразительных средств была, как показано выше, преимущественно характерна для психиатров-психоаналитиков. Большинство психиатров, занимавшихся лечением более тяжелых, чем неврозы, психических расстройств, арт-терапию с пациентами, как правило, не проводили, но поддерживали ее внедрение в деятельность клиник, приглашая на работу художников (как это было, например, в упомянутой выше психиатрической клинике Меннингеров). Среди психиатров, внесших заметный вклад в развитие арт-терапии, выделяются В. Моргенталер (Швейцария), Г. Принсхорн (Германия), Л. Нивратил (Австрия), В. Андреоли (Италия), Р. Вольма, Ж. Делей (Франция), И. Харди (Венгрия), А. Якаб, Г. Вилмер, Н. Льюис (США).

Некоторые из них признавали важную роль участия больных в разных видах творческой активности как фактора более успешного лечения. Они также занимались изучением изобразительной продукции пациентов как дополнительного, важного источника информации о природе и клинических проявлениях психического расстройства, т. е. применяли художественные средства с целью диагностики и дифференциальной диагностики (Ч. Ломброзо, А. Тардье, М. Симон). Заслуживает внимания деятельность представителей французской школы клинко-психиатрического и структурно-психологического анализа изобразительной продукции душевнобольных (Ж. Виншон, Р. Вольма, Ж. Делей, К. Вьяр, Ж. Бобон). С их именами связано создание в 1959 г. Международного общества по изучению психопатологии экспрессии (для обозначения этой организации используется французская аббревиатура SIPE), занимающегося исследованием и терапевтическим применением творческой активности при психических расстройствах.

Психиатры-клиницисты также стояли у истоков создания секции по изучению психопатологической экспрессии, в настоящее время именуемой секцией искусства и психиатрии, созданной в 1983 г. в рамках Всемирной психиатрической ассоциации. Секция занимается клинко-психиатрическими и междисциплинарными исследованиями творчества душевнобольных, организует выставки их работ, изучает диагностический, терапевтический, реабилитационный потенциал их творчества, а в последние годы также проводит мероприятия, направленные на преодоление стигматизации (клеймения) душевнобольных. Представители этой секции активно используют биографический метод и предпринимают попытки применения целостного, междисциплинарного подхода для изучения механизмов творческой активности при разных психических заболеваниях, интегрируя клинко-психиатрические данные, результаты изучения деятельности мозга и культурологический анализ, методы психосемантики. (Andreoli, 1999; Kopytin, 2008; Thoma shoff, Sartorius, 2004; Thomashoff, Kopytin, Sukhanova, 2009).

Необходимо отметить некоторые особенности развития арт-терапии в нашей стране, связанные с вкладом разных специалистов – художников, психотерапевтов и психиатров. В отличие от многих западных стран с характерной для них активной ролью художников в становлении арт-терапии, каких-либо инициатив со стороны отечественных представителей мира искусства по его использованию с целью лечения в советский период не отмечено. В условиях жесткого идеологического контроля над искусством, централизации и биологизации психиатрии свободное участие художников в общественной жизни, процессах лечения и реабилитации больных, развитии человеческого потенциала (как это характерно, например,

для участия зарубежных художников в холистическом движении начиная с 1970-х годов) представлялось затруднительным.

Ведущую роль в развитии отечественных аналогов арт-терапии, используемых преимущественно с диагностической (патографической) или психотерапевтической целью, играли и, по всей видимости, продолжают играть психиатры и психотерапевты. В 1970–1980-х годах в СССР отмечался определенный всплеск исследований изобразительного творчества пациентов с клинико-психиатрических позиций. В эти годы в Швейцарии на русском и английском языках вышли три иллюстрированных тома коллективного труда советских психиатров под руководством Э. Бабаяна «Изобразительный язык больных шизофренией» (Бабаян и др., 1982–1984), перекликающегося с работами зарубежных исследователей-клиницистов.

В 1980-е годы начинает развиваться оригинальный отечественный метод клинической психотерапии – терапия творческим самовыражением (ТТС) (Бурно, 1989, 2006). Данный метод тесно связан с клинической характерологией и предполагает использование творческой активности пациентов, имеющих определенные личностные расстройства (так называемой дефензивной группы), как ведущего фактора исследования и понимания своего природного характера и средства социальной самореализации.

Тогда же в Ярославле, на кафедре психиатрии Ярославского медицинского института В. В. Гавриловым создается учебный музей психопатологической экспрессии, постепенно трансформировавшийся в центр междисциплинарного исследования творчества людей с проблемами психического здоровья – крупнейшее в Российской Федерации и Восточной Европе собрание работ художников-аутсайдеров. Гавриловым была предпринята попытка создания оригинальной типологии подобных произведений (Гаврилов, 2005).

С 1990-х годов начинается этап более активного развития арт-терапии в нашей стране (Ионов, 2004; Копытин, 1999, 2001, 2002, 2010, 2011; Хайкин, 1992). И хотя отечественная арт-терапия в этот период становится все более междисциплинарной, вовлекая представителей разных профессиональных групп – не только врачей, но и психологов, художников, искусствоведов, педагогов, – она сохраняет и укрепляет свою клиническую, психотерапевтическую основу.

Очевидно, что арт-терапия в разных странах развивается по-разному, в зависимости от специфики форм изобразительного искусства, культурных традиций, социальных и экономических условий, систем медицинской и социальной помощи населению, традиций образования, развития институтов гражданского общества и иных факторов. Вместе с тем есть определенные общие тенденции и закономерные стадии, связанные с оформлением и институционализацией арт-терапии в качестве узаконенной формы помогающей деятельности на основе использования творческой активности представителей разных социальных и клинических групп.

Проведенное нами сравнительное межкультурное исследование позволяет признать, что развитие арт-терапии в разных странах обычно предполагает три следующих основных этапа:

1. Этап предшественников и пионеров арт-терапии.
2. Этап начального становления профессиональной арт-терапии.
3. Этап укрепления позиций профессиональной арт-терапии.

В качестве примера развития арт-терапии можно привести опыт таких стран, как США и Великобритания. Этап предшественников и пионеров арт-терапии здесь охватывал период примерно с первых десятилетий XX в. до начала 1960-х годов. Как было показано выше, для данного периода характерны инициативы представителей разных профессио-

нальных групп по начальному использованию здоровьесберегающего потенциала изобразительной деятельности больных на базе психиатрических больниц, реабилитационных отделений, в некоторых случаях также учреждений образования – обычных и специализированных школ, детских домов и интернатов. Эти специалисты накапливали и описывали опыт своей работы и предпринимали попытки объяснения природы и механизмов положительного воздействия арт-терапии. Зачастую их взгляды на лечебный потенциал изобразительного искусства оказывались слишком разными, чтобы сформировать какую-либо общую идейную платформу, стандарты и принципы арт-терапевтической деятельности. Эмпирический опыт пионеров нового лечебно-профилактического направления распространялся медленно. Научные исследования, если не считать кратких, несистематизированных описаний практической работы, не проводились. Отсутствовали программы арт-терапевтического образования.

Этап начального оформления профессиональной арт-терапии охватывает 1960–1980-е годы. В этот период происходило более активное обобщение и осмысление эмпирического опыта на основе в достаточной степени оформленных концепций арт-терапии, интегрирующих идеи психоанализа, гуманистической психотерапии, разработки в области групповой и семейной психотерапии. Важной вехой явилось объединение представителей данного направления, имеющих разное образование и идейную платформу, в первые профессиональные организации и инициативные группы, ставящие своей целью выработку единых критериев и принципов деятельности, а также легализацию и укрепление позиций арт-терапии в обществе.

В 1964 г. была создана Британская ассоциация арт-терапевтов – первая профессиональная организация специалистов, использующих изобразительное искусство в целях лечения. В 1969 г. была основана Американская арт-терапевтическая ассоциация. Примерно в эти же годы появились первые программы арт-терапевтического образования, позволяющие формировать профессиональные навыки у более широкого круга специалистов. В этот же период достаточно активно развивается система арт-терапевтических услуг в разных секторах медицины, образования и социальной работы. Этот период ознаменован и таким важным событием, как признание арт-терапии в качестве самостоятельной помогающей специальности.

Этап укрепления позиций профессиональной арт-терапии начинается примерно с конца 1980-х годов и ознаменован:

- усилением междисциплинарных связей арт-терапии, более активным диалогом арт-терапевтов с представителями медицины, психологии, нейробиологии, специалистами в области социальных наук;
- включением арт-терапевтов в полипрофессиональный контекст, необходимостью согласования ими своих позиций с другими специалистами;
- возрастанием роли психологических и клинических дисциплин в профессиональной подготовке арт-терапевтов, сближением арт-терапии с психотерапией и консультированием, ее превращением в арт-психотерапию;
- повышенным вниманием к вопросам профессиональной этики, менеджмента и управления деятельностью арт-терапевтов в разных областях практической работы;
- усилением правового регулирования арт-терапевтической деятельности, регламентацией допуска к оказанию услуг;
- повышением требований к эффективности и доказательности вмешательств, активизацией научных исследований, переходом к доказательной арт-терапевтической практике (*evidence-based practice*);

- сокращением сроков многих арт-терапевтических программ, диверсификацией источников их финансирования;
- «глобализацией» арт-терапевтического сообщества, развитием международных связей арт-терапевтов, способствующих выработке международных стандартов арт-терапевтического образования и практики;
- возрастанием роли информационных технологий в ходе арт-терапевтических занятий (цифровой фотографии, компьютерной графики и анимации и др.);
- формированием новых теоретических моделей арт-терапии, уделяющих, по сравнению с предыдущими десятилетиями, большее внимание роли культурной, социальной среды, экологии, политике.

В 1980–1990-е годы происходит создание профессиональных общественных объединений арт-терапевтов во многих странах мира (Канада – 1981 г., Австралия – 1987 г., Германия – 1989 г., Нидерланды – 1996 г., Российская Федерация – 1997 г., Италия – 1997 г., Испания – 1999 г.). Появляются международные арт-терапевтические организации. 1990–2000-е годы также ознаменованы созданием образовательных программ по арт-терапии при университетах большинства европейских стран. Начинается развитие арт-терапии и в других регионах планеты – странах Латинской Америки, Дальнего Востока.

### **1.1.3. Арт-терапия сегодня**

В последние годы во многих странах мира, включая Российскую Федерацию, арт-терапия используется все более широко. Она является очень ценным и даже незаменимым инструментом, например, при оказании психологической помощи детям с различными эмоциональными и поведенческими расстройствами, имеющими нарушения в развитии. С ребенком легче наладить контакт посредством игр и рисунка. Арт-терапию можно проводить даже с детьми или взрослыми, не способными к языковому общению, – с теми, у кого имеются врожденные заболевания, органические поражения мозга и т. д. В этих случаях рисунок становится основным средством общения с клиентом.

Арт-терапия активно внедряется в школы – не только специальные, но и массовые, помогая, например, выявлять детей и подростков группы повышенного риска совершения общественно-опасных поступков, самоубийств и т. д., а затем проводить с ними профилактические или коррекционные программы. Арт-терапия также может использоваться в школах при проведении различных тренингов – в частности, тренингов общения, формирования жизненных навыков, развития толерантности и других.

Раньше всего, однако, арт-терапию начали применять в деятельности психиатрических учреждений, первоначально – в качестве вида занятости больных, а затем – в форме психо- и социотерапевтической поддержки и реабилитации пациентов с разными психическими расстройствами – неврозами и реактивными состояниями, психозами, наркотической и алкогольной зависимостью. Арт-терапия при этом в большинстве случаев дополняет психофармакотерапию, физиотерапию и другие методы лечения.

Все чаще арт-терапия применяется у пациентов с соматическими и психосоматическими заболеваниями на разных этапах их лечения и реабилитации. Это происходит в целом на фоне все более активного использования психотерапии при разных заболеваниях внутренних органов. Хотя более традиционными для клиники внутренних болезней и психосоматической медицины являются такие методы психотерапии, как гипнотерапия, релаксация, аутогенная тренировка, внушение и самовнушение, в последнее время специалисты стали обращать больше внимания на роль творческих занятий пациентов в процессе их лечения при различных заболеваниях.

Значительным потенциалом арт-терапия обладает и в плане работы с пожилыми людьми, а также в качестве одного из видов психосоциальной помощи разным социально неблагополучным группам населения: тем, кто переживает стресс из-за отсутствия работы, пытается адаптироваться к новым условиям (беженцы), вернулся из мест лишения свободы или находится в исправительных учреждениях и другим.

Современная арт-терапия тесно связана с признанием ценности человеческих ресурсов как важнейшего фактора устойчиво развивающегося общества. Забота о людях неотделима от совершенствования медицинской и социальной помощи, в том числе путем внедрения эффективных методов профилактики, лечения и реабилитации психических и соматических заболеваний. В то же время сохранение здоровья и повышение качества жизни людей в гражданском обществе определяется не только фактором медицинской и социальной помощи, но и их личной ответственностью и активностью, желанием и способностью заботиться о своем здоровье и благополучии, используя внутренние и внешние ресурсы.

В настоящее время концепция медицинской и социальной помощи кардинально меняется. Она все больше ориентируется не только на лечение болезней или решение проблем людей, но и на поддержку их внутреннего потенциала жизнестойкости, в том числе за счет более активного использования разнообразных доступных внешних ресурсов, связанных с природой, культурой, общением и творческой деятельностью (*strength-based intervention models*). Именно эти ресурсы использует арт-терапия с целью восстановления и сохранения здоровья, гармонизации отношений и поддержки творческой природы человека.

Арт-терапия проникает в самые разные области медицины, социальной работы и образования. Из институциональной среды она зачастую перемещается в более широкое пространство, связанное с повседневной деятельностью и отношениями между людьми и сообществами. Некоторыми важнейшими социальными и клиническими группами, на которые ориентирована современная арт-терапия, являются:

- люди с проблемами психического и физического здоровья;
- люди, перенесшие психическую травму, связанную с организованным или домашним насилием, природными аномалиями или техногенными катастрофами;
- ветераны боевого стресса, участники локальных вооруженных конфликтов;
- люди пожилого и преклонного возраста с характерными для них психосоциальными проблемами и заболеваниями;
- дети, подростки, молодежь, а также взрослые, находящиеся в аномальных психосоциальных условиях;
- лица с различными зависимостями и созависимостями;
- дисфункциональные и неполные семьи и сообщества;
- стигматизируемые индивиды и группы и т. д.

Приоритетными областями практического использования арт-терапии на сегодняшний день выступают:

- система здравоохранения, реализуемые на базе лечебно-профилактических учреждений и за их пределами комплексные программы лечебной, реабилитационной, профилактической направленности;
- система образования, включая дошкольные образовательные учреждения, массовые и специализированные школы, учреждения дополнительного образования, дома ребенка, школы-интернаты и др.;
- учреждения социальной службы и «общественный сектор», в том числе специализированные центры комплексного обслуживания для пожилых людей, детей, подрост-

ков и молодежи, общинные центры, общественные организации и фонды с их разнообразными программами развивающей, поддерживающей и реабилитационной направленности, а также лица, группы и организации, выполняющие функции медиации в ситуациях конфликтов;

- учреждения культуры – дома творчества, музеи, галереи и т. д.

О возросшей роли арт-терапии в качестве лечебного и поддерживающего фактора свидетельствуют результаты проведенного в 2011 г. очередного опроса сертифицированных арт-терапевтов (Elkins, Deaver, 2013). На вопросы ответили 567 человек, составившие 10,3 % от общего числа членов Американской арт-терапевтической ассоциации.

Один из пунктов опросника был призван оценить ведущие области специализации арт-терапевтов, т. е., контингент клиентов и характерные для них проблемы клинического и психосоциального характера. Из широкого спектра всевозможных специализаций, включающего 36 позиций, наибольшее количество респондентов (более 20 %) отметили:

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

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

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

Отметим, что респонденты могли назвать одновременно до трех специализаций.

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

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

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

Важная роль арт-терапии в современном обществе подтверждается и перечнем основных мест работы специалистов. Так, в указанном исследовании в качестве своих основных мест работы, связанных с клинической сферой, прежде всего, психиатрией, наибольшее число респондентов отметили:

- школы, колледжи и университеты – более 12 %,
- амбулаторные психиатрические центры (*outpatient mental health clinic*) – 11 %,
- психиатрические больницы для взрослых – 10 %,
- общинные центры психического здоровья (*community mental health center*) – 8 %,
- психиатрические стационары для детей и подростков – 6 %,
- дневные стационары (*day treatment center*) – 6 %,
- наркологические учреждения – 4 %,
- хосписы и служба помощи переживающим горе – 4 %,
- стационары соматического профиля для взрослых – более 2 %,
- стационары соматического профиля для детей и подростков – 4 %,
- госпитали для ветеранов войн – 1 %.

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

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

Одной из характерных примет арт-терапии на сегодняшний день является форсированное развитие клинического и социального направления работы. Их значение, по всей видимости, будет в перспективе все более возрастать, что обусловлено:

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

Клиническая (медицинская) арт-терапия ориентирована на более активное использование искусства в медицинских учреждениях на основе биопсихосоциальной парадигмы развития и лечения психических и физических заболеваний. Наряду с психиатрией клиническая арт-терапия представлена в таких областях медицины, как соматическая медицина

(профилактика и лечение острых и хронических заболеваний внутренних органов), паллиативный уход, профилактическая медицина, гериатрия, педиатрия. Наиболее характерными отличительными особенностями клинической арт-терапии являются:

1. Лечебно-профилактическая направленность арт-терапевтического вмешательства, позволяющая отнести его к области медицины (иными словами, клиническая арт-терапия, как и любая клиническая психотерапия, занимается в основном лечением больных или предупреждением болезней, хотя эта точка зрения в настоящее время оспаривается, особенно со стороны гуманитарно-, психологически-ориентированных представителей арт-терапевтического сообщества) (см.: Клиническая психология и психотерапия, 2012).

2. Использование творческой активности пациентов в качестве дополнительного (вспомогательного) или основного фактора профилактики и лечения психических и соматических (психосоматических) заболеваний, а также реабилитации лиц с ограниченными возможностями психического и физического здоровья.

3. Ориентация на использование не только универсальных, но и более дифференцированных, специальных лечебно-профилактических арт-терапевтических воздействий, учитывающих специфику заболевания, его проявлений и патогенеза.

4. Стремление к инструментализации и стандартизации вмешательств, направленных на клинические мишени, связанные не только с внешними проявлениями болезней, но и с причинными факторами и механизмами их развития.

5. Повышенное внимание к эффективности лечебно-профилактических воздействий, связанное с проведением исследований на основе норм и принципов доказательной медицины.

6. Практическое применение специалистами с клинической подготовкой: в нашей стране – клиническими психологами и врачами-психотерапевтами, а за рубежом – клиническими арт-терапевтами, включенными в полипрофессиональные бригады.

7. Относительно высокая степень централизации и контроля, пока в основном со стороны административно-управленческого звена и, в меньшей мере, со стороны общественных, в том числе профессиональных организаций и граждан (институтов гражданского общества).

8. Оплата арт-терапевтических вмешательств как регламентированных лечебно-профилактических услуг в основном за счет средств страховой медицины.

Дополнительно к названным отличиям клинической арт-терапии и, принимая во внимание то содержание, которое включено в понятие «клиническая психотерапия» в нашей стране (Бурно, 2009; Психотерапевтическая энциклопедия, 2006) следует акцентировать внимание на таких ее значимых характеристиках, как:

- проведение вмешательства на основе учета клинических особенностей пациента, особенностей патогенеза, клинической и клинико-психологической диагностики и дифференциальной диагностики расстройств;

- придание повышенного значения биологическим факторам и механизмам развития, а также физиологическим (патофизиологическим) аспектам болезни, «природной» почвы, рассматриваемым не только как предпосылка заболевания, но и как значимый адаптационный фактор;

- построение терапевтического вмешательства на основе его согласования с биологическими, конституциональными, «природными» предпосылками заболевания и связанными с ними защитно-адаптационными механизмами, понимаемыми в духе не столько психодинамического подхода, сколько гиппократовской клинической медицины (Бурно, 2009).

Благодаря развитию клинического направления в арт-терапии усиливается ее связь с практической, научной медициной, что в целом можно признать значимым фактором укрепления научных позиций арт-терапии и ее дальнейшего более широкого внедрения в учреждениях медицинского профиля. Клиническую арт-терапию дополняет арт-терапия социальная, имеющая следующие характерные особенности:

1. Ориентированность на предупреждение и смягчение проблем психосоциального характера, связанных с отношениями людей и социальных групп (так, например, важной функцией социальной арт-терапии является функция посредничества в конфликтах).

2. Стремление к повышению эффективности деятельности, качества жизни и отношений людей на основе фактора творческой активности.

3. Использование искусства как катализатора позитивных социальных изменений.

4. Направленность на устранение или смягчение негативных психосоциальных последствий психических и соматических заболеваний – стигматизации (клеймения), маргинализации, а также возникающих на их почве психогенных реакций и состояний дезадаптации.

5. Повышенное внимание к реабилитации и социальной интеграции (инклюзии) людей с ограниченными возможностями здоровья и представителей групп риска.

6. Применение арт-терапии в целях развития организаций, личностного и профессионального роста, духовного обогащения и развития людей.

7. Распространенность применения за рамками учреждений здравоохранения, образования и социальной помощи либо, при поддержании с ними определенной связи, стремление к большей автономности и независимости от них в кооперации с гражданскими инициативами, общественными объединениями, негосударственными фондами.

8. Меньшая степень ведомственного контроля и большая самостоятельность в определении стратегии и тактики работы при создании и реализации арт-терапевтических программ, что тесно связано с использованием негосударственных источников финансирования, большей организационной и материальной самостоятельностью (в то же время согласование идейной платформы программ социальной арт-терапии – даже когда они иницированы негосударственным сектором – с государственными и муниципальными структурами, а также использование их материальных ресурсов не исключаются).

9. Иной характер отношений между специалистами и получателями услуг, которые представляют собой скорее партнерство, нежели отношения эксперта и клиента (пациента).

На становление и дальнейшее развитие социальной арт-терапии оказывают влияние психология общин, критическая психология, глубинная психология, мультикультурная психология, экпсихология, феминистская и гендерная психология, глобальная психология, либеральная психология, радикальная психология, психология мира. Социальная и в определенной мере клиническая арт-терапия в последние годы уделяют все больше внимания роли властных отношений, контекста (включая роль культуры, институциональной среды, сообществ и т. д.), мультикультурным влияниям, политике, правовому контексту, проявлениям неравенства, глобальным факторам доминирования, самоопределению и сопротивлению институтам социальной гегемонии.

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

## 1.2. Статус арт-терапии как научно-практической дисциплины

При описании истории развития арт-терапии было показано, что у ее истоков стояли представители разных профессиональных групп. Они по-разному понимали сущность и лечебные факторы арт-терапии, а также функции специалиста. Пионеры арт-терапии из числа художников считали, что исцеляющий потенциал арт-терапии связан исключительно или в основном с процессом изобразительной деятельности. Свою роль они видели в том, чтобы создавать для участников занятий подходящую комфортную и оснащенную разнообразными материалами среду и поддерживать их в ходе занятий. Они не рассматривали создаваемую продукцию как объект для последующего восприятия и обсуждения, не стремились работать с целостной личностью клиента (по крайней мере, в объеме, характерном для аналитической терапии) и не придавали особого значения терапевтическим отношениям.

Пионеры же арт-терапии из числа психотерапевтов, психоаналитиков придавали значение создаваемой изобразительной продукции и использовали ее как средство и материал для установления и развития терапевтических отношений с клиентами, лучшего понимания ими различных аспектов собственной личности. При этом они использовали определенный репертуар психотерапевтических приемов, характерных для психоанализа, а в последующем – и для иных направлений психотерапии (гуманистической клиент-центрированной, феноменологической, гештальт-терапевтической, семейной, групповой, нарративной и других).

Формируясь как разновидность помогающей деятельности, объединяющей художественную и психологическую (психотерапевтическую) практику, арт-терапия породила разнообразие форм и методов. «Лечебное изобразительное искусство» (*therapeutic art, art as therapy*), практикуемое художниками, тяготело к студийной форме проведения индивидуальных и групповых занятий. Их участникам предоставлялась практически неограниченная свобода действий. Выбор материала и предмета изобразительной деятельности и последующая творческая работа составляли при этом их основу.

Арт-психотерапия с самого начала своего развития предполагала сочетание изобразительной деятельности с терапевтическим диалогом специалиста и клиента. Личностно– и проблемно-ориентированный диалог строился на материале созданной клиентом продукции и имел целью повышение уровня его самоосознания (психологическую интеграцию) и на этой основе – возможное изменение способов эмоционального реагирования, поведения и мышления. Сформировались следующие основные формы арт-терапии:

1. Индивидуальное арт-терапевтическое консультирование/индивидуальная инсайт-ориентированная арт-психотерапия, т. е. такой вариант работы, при котором на протяжении курса занятий или на его определенных этапах активно применяются средства изобразительной деятельности как основа проективно-символической коммуникации клиента и специалиста.

2. Групповая арт-терапия в форме интерактивной закрытой или полукрытой группы, для которой характерна не только индивидуальная или совместная изобразительная деятельность участников, но и совместное обсуждение созданной продукции, групповые дискуссии на материале созданных работ и с учетом отношений и запросов участников группы.

3. Семейная арт-терапия, которая, в отличие от обычного семейного консультирования и семейной психотерапии, характеризуется активным применением изобразительных средств, выступающих основой для диагностики и коррекции семейных отношений.

В деятельности современных специалистов по арт-терапии лечебное изобразительное искусство и арт-психотерапия дополняют друг друга, создают значительные возможности для проведения работы с разными людьми и решения разных задач лечения, реабилитации, гармонизации и развития человека. Они могут составлять репертуар форм и методов работы, которые выбираются и реализуются одним и тем же специалистом с учетом индивидуальных особенностей клиента или группы. В то же время лечебное изобразительное искусство и арт-психотерапия могут практиковаться разными специалистами. Так, лечебное изобразительное искусство, как и на заре развития арт-терапии, может практиковаться художниками. Однако, с учетом сформированных за последние десятилетия норм профессиональной деятельности и процедур допуска к оказанию арт-терапевтических услуг, художники, не прошедшие соответствующих образовательных программ (магистерского и постмагистерского уровней) не могут называться арт-терапевтами и обозначать свою работу как арт-терапия.

Арт-терапия может практиковаться либо профессиональными арт-терапевтами (в тех странах, где такая профессия существует), либо квалифицированными психологами и психотерапевтами, достаточно глубоко освоившими методы арт-терапии путем прохождения программ магистерского (постмагистерского) уровня или (что более вероятно) соответствующих программ дополнительного образования. Имеющиеся у психологов и психотерапевтов знания и умения, необходимые для проведения психологического консультирования или вербальной (разговорной) психотерапии, недостаточны, чтобы проводить арт-терапию. Такие специалисты должны дополнительно учиться эффективно использовать в ходе консультирования/психотерапии художественные средства.

В странах с развитой арт-терапией (в частности, США и Великобритании) в последние годы происходит дальнейшее развитие ее методологической и инструментальной базы. Арт-терапия все более сближается с психологическими науками и медициной, интегрирует в себя достижения разных психотерапевтических школ. Все чаще признается, что заложенный в программах профессионального арт-терапевтического образования уровень освоения психологических, клинических и консультативных/психотерапевтических знаний и навыков все же недостаточен для того, чтобы арт-терапевты имели равный статус с другими помогающими специалистами. Поэтому объем психологических, клинических дисциплин в структуре программ профессионального арт-терапевтического образования неуклонно повышается, и даже создаются первые программы по-настоящему фундаментального образования по арт-психотерапии.

Таким образом, возрастающая профессионализация арт-терапии приводит к ее сближению с психотерапией, превращению в разновидность психотерапии с использованием искусства – арт-психотерапию. При этом в одних странах (США, Великобритания), где арт-терапия исторически развивалась главным образом на художественной основе, требования к уровню психологических и клинических знаний и навыков, которыми должны владеть арт-терапевты, неуклонно повышается. В других же странах, таких как Российская Федерация, где художники не сыграли сколько-нибудь значительной роли в развитии арт-терапии, она изначально была представлена в основном разновидностями арт-психотерапии, практикуемыми помогающими специалистами – психотерапевтами и психологами. Для таких стран тем не менее актуальной является задача сохранения и укрепления связи с художественными основами арт-терапии для того, чтобы она не вырождалась в разновидность разговорной психотерапии, а использовала богатство и преимущества художественных средств как мощного лечебно-гармонизирующего фактора.

## 1.3. Специалисты по арт-терапии и арт-терапевтическое образование

### 1.3.1. Специалисты по арт-терапии

На сегодняшний день оказанием психологической помощи с использованием методов арт-терапии занимаются разные специалисты. Важное значение имеет статус и уровень профессионального признания арт-терапии в той или иной стране. В тех странах, где арт-терапия рассматривается как самостоятельная парамедицинская специальность и действуют определенные нормы допуска к профессиональной арт-терапевтической деятельности (США, Великобритания), проводить арт-терапию могут исключительно сертифицированные (лицензированные) арт-терапевты.

В последние годы среди арт-терапевтов увеличивается доля тех, кто, наряду с арт-терапевтической, имеет иную подготовку и лицензию на оказание услуг в сфере клинического, семейного и супружеского консультирования, психотерапии, психологии, сестринской помощи. Так, по данным опроса членов Американской арт-терапевтической ассоциации, являющихся дипломированными арт-терапевтами (Elkins, Deaver, 2013), в качестве легального основания для своей работы они имели следующие лицензии и сертификаты:

- лицензия или сертификат на оказание профессиональных арт-терапевтических услуг – 45 %,
- лицензия или сертификат в области профессионального консультирования – 10 %,
- лицензия или сертификат клинического консультанта (*counselor, clinical or mental health*) – 10 %,
- психотерапевт – 5 %,
- семейный психотерапевт/консультант – 4,5 %,
- психолог – 2 %,
- учитель/художественный педагог – 4 %,
- другие лицензии и сертификаты – 21 %.

В странах с развитой системой профессионального арт-терапевтического образования, имеющего преимущественно форму обучения по программам магистерского или постмагистерского уровней, отмечается тенденция к более узкой специализации, связанной с отдельными сферами клинической практики, например, аддиктологией (наркологией), оказанием психосоциальной помощи на основе применения искусства. В проектах социальной арт-терапии могут участвовать не только лицензированные или сертифицированные специалисты, но и художники, работники культуры (однако, как уже было отмечено, они не могут называть себя арт-терапевтами).

В тех странах, где арт-терапия не признана в качестве отдельной специальности, а рассматривается как форма психологической помощи или помогающая деятельность, заниматься ею могут разные специалисты, но формы и задачи арт-терапии при этом будут определять нормы допуска к такой практике. Так, в нашей стране в последние годы формируется система дополнительного профессионального образования по арт-терапии, рассчитанная на специалистов с разной подготовкой – психологов, врачей (в основном, психиатров и психотерапевтов), педагогов, лиц с художественным образованием. Очевидно, что основная профессиональная подготовка и уже имеющиеся у специалиста сертификаты и лицензии во

многим определяют то, где и как он будет работать, используя полученные арт-терапевтические знания и навыки.

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

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

Врачи-психотерапевты и психологи, при наличии у них соответствующего дополнительного образования по арт-терапии, могут проводить арт-психотерапию. Специалисты с иной подготовкой могут проводить арт-терапию в форме занятости, студийных групп или индивидуальных занятий рекреационно-терапевтической или развивающей направленности, но не арт-психотерапию. Проводя арт-терапию в той или иной форме, в зависимости от их основного и дополнительного профессионального образования и имеющихся сертификатов, все эти специалисты могут иметь разную меру клинической ответственности и осуществлять разные функции, делегированные им, исходя из ведущих направлений деятельности лечебно-профилактического, или реабилитационного, социального, образовательного учреждения, или учреждения культуры.

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

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

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

Компетенции и функции психологов и других специалистов, проводящих арт-терапию, должны быть дополнительно уточнены. Сближение клинической и социальной арт-терапии, в частности, растущее признание роли социокультурных факторов патогенеза расстройств психической и физической сферы и усиление компонентов реабилитации и психосоциаль-

ной помощи в медицине и социальной работе определяет необходимость разработки соответствующих компетенций, дополняющих обозначенные выше компетенции специалистов клинической арт-терапии.

Определенное значение при этом может быть придано умению специалиста учитывать социокультурные факторы, включая институциональную структуру и динамику, мультикультурные влияния, дискурсивные практики, политический и правовой контекст, роль искусства в современном мире и его влияние на различные общественные институты и отношения. Одним из условий эффективной арт-терапии является наличие у специалиста художественного образования либо опыта художественно-творческой деятельности. Не случайно, при приеме на соответствующие программы профессиональной подготовки за рубежом кандидаты, как правило, должны представить портфолио своих работ.

Дополнительным фактором, гарантирующим достаточно высокое качество арт-терапевтических услуг в странах профессиональной арт-терапии, являются процедуры лицензирования и сертификации специалистов уже после получения ими соответствующего диплома. Такие процедуры осуществляются специальными комиссиями, создаваемыми профессиональными саморегулирующимися организациями арт-терапевтов.

Для получения допуска к оказанию психологической (или лечебной) помощи специалисты в нашей стране также должны проходить процедуры сертификации и лицензирования. Однако, поскольку арт-терапия отдельной специальностью в нашей стране не является, достаточно получить сертификат или лицензию, например, на оказание психотерапевтических услуг (психологической помощи), без обозначения ее конкретного вида (арт-терапия, психоаналитическая терапия, гештальттерапия, семейная психотерапия и т. д.). Не исключено, однако, что по мере развития институтов гражданского общества, укрепления позиций профессиональных саморегулирующихся организаций, будут введены соответствующие процедуры и нормы допуска к оказанию специализированных форм психологической помощи, включая арт-терапию.

### **1.3.2. Арт-терапевтическое образование**

Независимо от того, признана ли арт-терапия в качестве самостоятельной профессии или как вид профессиональной услуги, оказываемой психологом, психотерапевтом и другими специалистами, для получения права работать с использованием ее методов, необходимо пройти специальное обучение магистратурского или постмагистратурского уровня, обычно рассчитанное на два или три года. Программы арт-терапевтического образования имеются во многих странах мира. Большинство из них существует при государственных университетах европейских стран, особенно Великобритании, Нидерландов, Франции и Германии, а также США. В последние годы, в связи с повышением спроса на арт-терапевтические услуги, аналогичные программы создаются во многих других странах, в том числе в Российской Федерации. Как правило, по завершении обучения слушатели получают диплом на право ведения арт-терапии как нового вида профессиональной деятельности либо как дополнительной квалификации.

В странах, где арт-терапия имеет статус профессии, существуют стандарты арт-терапевтического образования, сложившиеся в течение нескольких последних десятилетий. Государственными (федеральными) органами и саморегулирующимися профессиональными организациями (такими, например, как Американская арт-терапевтическая ассоциация) проводится экспертиза образовательных программ такого рода на предмет их соответствия имеющимся стандартам. То, что арт-терапевтическое образование осуществляется за рубежом в основном на базе государственных университетов, наряду с контролем со сто-

роны профессиональных организаций, является одним из факторов, гарантирующих его достаточно высокое качество.

Современные программы арт-терапевтического образования имеют много общего. Как правило, они включают не менее двух тысяч часов аудиторных и самостоятельных занятий, а также практику на базе различных медицинских, социальных и образовательных учреждений. Используется дневная или вечерняя форма обучения, требующая присутствия слушателей на занятиях до нескольких раз в неделю. Аудиторная подготовка предполагает овладение комплексом учебных дисциплин, включая разные психологические дисциплины, антропологию, теорию и практику изобразительного искусства.

Значительное место отводится изучению теории и методологии арт-терапии и получению опыта работы в учебной группе практической направленности, когда слушатели занимаются разными видами изобразительной деятельности с целью самовыражения и самопознания и работают с собственными переживаниями и проблемами. Во многих случаях, помимо занятия в таких группах, слушатели обязаны пройти в определенном объеме личную терапию.

Во всех программах арт-терапевтического образования, существующих за рубежом, художественная практика рассматривается как важнейшая составная часть профессиональной подготовки. Студенты учатся понимать язык художественной экспрессии, связь создаваемых произведений с внутриспсихической и межличностной динамикой и с существующими в обществе формами изобразительного искусства. Важное место отводится индивидуальной творческой работе студентов с параллельной рефлексией личного опыта, подготовке выставок и представлению собственной продукции в группе. Рассматриваются вопросы профессиональной этики. В последние годы все больше внимания обращается на приобщение слушателей к методам исследований, развитию у них навыков рефлексии и оценки собственного опыта арт-терапевтической деятельности и ее эффектов. Краткое описание некоторых зарубежных программ арт-терапевтического образования приводится в Приложении.

В тех странах, где арт-терапия не имеет статуса самостоятельной профессии, соответствующие образовательные программы обычно формируются на основе стандартов психологического или иного (например, культурологического) основного или дополнительного профессионального образования, либо профессиональной переподготовки, в зависимости от профиля учебного заведения или факультета, на базе которых такие программы проводятся.

Существуют международные организации, разрабатывающие общие стандарты арт-терапевтического образования и рекомендуемые им придерживаться. Правда, различия законодательных баз и местных традиций в сфере культуры и профессионального образования разных стран не всегда позволяют следовать выработанным критериям. Одной из упомянутых организаций является Европейский консорциум арт-терапевтического образования (*European Consortium of Arts Therapies Education*). Основными задачами деятельности этой организации являются (ЕСАгТЕ, 1999а, b, 2000):

- развитие программ арт-терапевтической подготовки на общеевропейском уровне;
- поддержание высокого академического уровня этих программ и содействие их государственной регистрации;
- достижение высокого качества услуг, связанных с использованием методов арт-терапии, музыкальной терапии, танцевально-двигательной терапии и драматерапии;
- достижение взаимного признания существующих курсов арт-терапевтической подготовки и формирование общих критериев их качества;

- использование имеющихся у консорциума кадровых ресурсов для оказания университетам и иным учреждениям высшего образования помощи в создании курсов арт-терапевтической подготовки;
- развитие и стимулирование научных исследований на общеевропейском уровне;
- содействие обмену студентами и преподавателями между входящими в консорциум высшими учебными заведениями;
- создание предпосылок и механизмов для обмена информацией;
- создание базы данных, включающей информацию о тех образовательных программах, которые осуществляются членами консорциума (ЕСАгТЕ 1999, р. 122).

На основе рекомендаций этой организации, изучения опыта арт-терапевтического образования за рубежом и принимая во внимания отечественный опыт преподавания психотерапии и психологии, в начале 2000-х годов Российской арт-терапевтической ассоциацией была разработана первая в нашей стране программа профессионального образования по арт-терапии. В 2004 г. она была утверждена консорциумом, а учебное заведение, на базе которого эта программа проводится с 2002 г. (Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования), стало действительным членом ЕСАгТЕ. В дальнейшем эта программа стала проводиться также на базе НОУ Институт практической психологии «Иматон» в Санкт-Петербурге. Она рассчитана на два года обучения и включает следующие дидактические компоненты:

- теоретические и методические основы арт-терапии и психотерапии искусством;
- практическая работа в арт-терапевтической группе, ориентированная на решение психологических проблем и личностный рост участников программы;
- групповой тренинг с отработкой навыков психологического сопровождения в арт-терапии;
- основы психотерапии и психологического консультирования;
- методы и особенности арт-терапии детей и подростков (диагностика, коррекция, психопрофилактика, развитие, реабилитация) и ее применения в учреждениях образования;
- арт-терапия в лечении и реабилитации психически и соматически больных и паллиативном уходе; методы арт-терапии невротиков, постстрессовых и личностных расстройств;
- арт-терапия в социальной сфере (работа с дизадаптированными субъектами и сообществами, представителями групп риска асоциального поведения, посредничество в конфликтах, развитие и поддержка человеческих ресурсов);
- арт-технологии в занятиях с работниками организаций (профессиональный отбор, укрепление психологического здоровья и профилактика профессионального «выгорания», формирование команды, нахождение творческих решений в бизнесе и др.);
- методы исследования в арт-терапии, оценка эффективности арт-терапевтических вмешательств;
- этические нормы и организационные вопросы арт-терапии;
- традиционная и инновационная художественная практика (живопись, графика, коллаж, фотография, видеоарт, объекты и т. д.);
- практикум на базе медицинских, образовательных и социальных учреждений с супервизией процесса и результатов деятельности.

По окончании обучения пишется и защищается выпускная работа.

Помимо программ, формирующих комплекс навыков, необходимых для ведения арт-терапии как особого вида деятельности, существует множество программ базового уровня или тематического усовершенствования, знакомящих с основами арт-терапии и некоторыми

ее практическими приемами. Однако подобные программы не являются достаточными для оказания арт-терапевтических услуг. Программы профессионального арт-терапевтического образования отличаются от таких более коротких программ не только общей продолжительностью обучения и объемом часов, но и набором и содержанием учебных дисциплин и тем, используемыми видами контроля знаний и умений, а также наличием такого важнейшего элемента обучения, как супервизируемая клиническая практика, рассчитанная не менее чем на целый академический год.

Рассматривая современное состояние и перспективы арт-терапевтического образования, нельзя не признать ряд существенных различий, обусловленных историей становления арт-терапии в нашей стране и за рубежом. Как уже было показано, важную, а подчас и решающую роль в развитии арт-терапии в таких странах, как США и Великобритания, играли художники. Это обусловило тесную связь арт-терапии в этих странах с художественной практикой, высокий авторитет терапевтического изобразительного искусства, а также превалирование среди тех, кто изучает, а затем практикует арт-терапию, лиц с художественным образованием. В названных странах они составляют 80–100 % от общего числа профессиональных арт-терапевтов.

Поэтому программы арт-терапевтического образования в этих странах включают изучение основ психологии и клинических знаний (общей психопатологии). Хотя объем часов, выделяемых на эти дисциплины, постоянно возрастает, он все же явно недостаточен для того, чтобы выпускники таких программ имели достаточную психологическую и клиническую подготовку, могли квалифицированно применять методы исследований, характерные для доказательной медицинской и психологической практики. Нет ничего удивительного в том, что, медицинские работники, врачи, психотерапевты продолжают рассматривать арт-терапию в качестве «терапии второго сорта», а оклады арт-терапевтов за рубежом существенно уступают окладам врачей, психотерапевтов и психологов.

В отличие от этих стран, в России арт-терапию развивали и продолжают развивать в основном врачи-психиатры, психотерапевты, психологи. В самого начала своего оформления отечественная арт-терапия представляла собой не столько лечебное изобразительное искусство (в том виде, как его понимали и практиковали Крамер, Хилл или Адамсон), сколько разновидность психотерапии – арт-психотерапию. Большинство тех, кто изучает и затем практикует арт-терапию в нашей стране, составляют психологи, педагоги, врачи, а отнюдь не художники. Поэтому у них нет необходимости осваивать начала психологии или клинических знаний, как это приходится делать их зарубежным коллегам. В этом отношении стартовые возможности отечественных арт-терапевтов значительно более высоки, чем у многих зарубежных специалистов. Чаще всего они уже имеют достаточные навыки психологического консультирования и психотерапии, умеют глубоко анализировать психологические и клинические особенности клиентов/пациентов и оценивать эффекты работы.

В то же время «ахиллесовой пятой» отечественных специалистов в области арт-терапии является недостаток художественного опыта, неумение чувствовать и понимать художественные материалы, природу и динамику творческой деятельности, использовать язык визуальных образов. Это определяет необходимость повышенного внимания при планировании и проведении образовательных арт-терапевтических программ в нашей стране к художественной стороне обучения, гуманитарным, антропологическим аспектам арт-терапии, наряду с аспектами биологическими, клиническими и психологическими. Прогнозируя развитие отечественного арт-терапевтического образования и практики, следует исходить из признания ряда существенных различий, касающихся маршрутов профессионализации арт-терапии и образовательных программ, характерных для России и для стран «трансатлантического альянса».

## Глава 2. Элементы арт-терапевтической методологии

### 2.1. Арт-терапия как многообразие методов

Методология арт-терапии как способ теоретического обоснования и объяснения механизмов и факторов благотворного воздействия изобразительного творчества исторически оформлялась за рубежом в диалоге, а порой и противостоянии разных подходов, развиваемых художниками и психоаналитиками. Изначально взгляды художников на природу лечебного изобразительного искусства базировались в основном на таких подходах, как:

- инновационная художественная педагогика с более свободным, чем это характерно для классического художественного образования, использованием изобразительных средств и большей ориентацией на спонтанность и индивидуальность творческих проявлений личности больных и здоровых (Adamson, 1984; Hill, 1945; Kramer, 1958, 1971; Lydiatt, 1971);
- концепции целостного воспитательно-образовательного и гармонизирующего воздействия на личность посредством искусства (Dewey, 1934; Petrie, 1946).

Идеи ранней художественно-ориентированной арт-терапии были слабо связаны с психологией и медициной и в большей мере опирались на теории и опыт педагогики (художественной педагогики), философии, антропологии, культурологи. На сегодняшний день идеи художественно-ориентированной арт-терапии находят свое развитие в работах таких зарубежных авторов, как П. Аллен (Allen, 1992), С. Макнифф (McNiff, 1995), К. Мун (Moon, 2002), А. Роббинс (Robbins, 1987).

Методология аналитической или динамически-ориентированной арт-терапии изначально была тесно связана с характерным для психоанализа пониманием содержания и лечебных факторов психотерапии как метода работы с личностью, сознанием и неосознаваемыми психическими процессами с использованием терапевтических отношений и аналитических процедур. Арт-терапевтами были заимствованы и переработаны идеи классического психоанализа, а затем – аналитической психологии К. Г. Юнга, теории объектных отношений (Champernowne, 1963; Kris, 1952; Milner, 1950; Naumburg, 1947, 1966), групповой психодинамической (групп-аналитической) психотерапии (Dalley, 1993; McNeilly, 1987; Waller, 1993). В процессе такой переработки идей психоанализа получили значительное развитие, например, взгляды на природу символической, невербальной коммуникации как составляющей основу терапевтического взаимодействия в арт-психотерапии.

Начиная с 1960–1970-х годов на развитие методологии арт-терапии стали оказывать все большее влияние теория и практика гуманистической, когнитивно-поведенческой психотерапии, гештальт-терапии, системный, нарративный подходы и некоторые другие направления современной психотерапии. С целью теоретического обоснования арт-терапии также стали привлекаться данные нейробиологии, нейропсихологии и социальных наук. Методология арт-терапии в целом оказалась значительно более интегрированной в психологию и медицину, чем ее художественно-ориентированное крыло.

На сегодняшний день арт-терапия представляет собой не один, а несколько методов (например, психодинамический, экзистенциально-гуманистический, семейный системный подход и др.), как правило, связанных с различными психологическими теориями личности, разными способами утилизации творческой активности клиентов и моделями психо-

терапевтического взаимодействия. Арт-терапия предполагает не только художественную экспрессию клиента, но и целенаправленную психотерапевтическую работу с его личностью, чувствами, представлениями, отношениями как условием избавления от симптомов поведенческих, эмоциональных, когнитивных и соматических (психосоматических) расстройств, повышения качества жизни и эффективности деятельности.

В качестве факторов положительных изменений в арт-терапии выступают не только те, которые связаны с творческой активностью клиента и его отношениями с психотерапевтом, но и разные специальные приемы, характерные для психодинамической, гуманистической, когнитивно-поведенческой или иной школы психотерапии. В то же время данные приемы реализуются на основе привлечения богатого символического, образного, проективного материала, использования разнообразных художественных и технических средств визуальной коммуникации, а также особого рода деятельности клиента – его творческой активности. Современная арт-терапия стремится использовать не только фактор творческой активности с присущими ему экспрессивно-катарсической, регулятивной, организующей, защитной/копинговой и иными функциями, но и факторы терапевтических и групповых отношений и обратной связи. При этом обратная связь может включать аналитические и неаналитические процедуры, связанные с восприятием, обсуждением и творческим реагированием на изобразительную продукцию.

Арт-терапия располагает довольно широким арсеналом не только универсальных, но и специализированных приемов лечебно-профилактического воздействия, предназначенных для работы с разными психопатологиями и психологическими проблемами здоровых людей, психосоматическими и соматопсихическими расстройствами, нарушениями адаптации и психосоциальными трудностями. Во многих случаях она с успехом применяется там, где большинство форм психологической помощи оказываются неприемлемыми или малоэффективными, например, при работе с детьми, людьми преклонного возраста, а также посттравматическими состояниями, психогенными реакциями, нарушениями пищевого поведения, аддиктивными расстройствами, резистентными к разговорной психотерапии и во многих других случаях. Она используется не только как особая форма индивидуальной и групповой психотерапии, но и как эффективная форма гармонизации и развития социальных групп и сообществ разной степени сложности – семей, общин, коллективов/корпораций.

Поскольку арт-терапия включает не один, а несколько методов, использующих творческую активность (изобразительную деятельность) клиентов в контексте психотерапевтической практики, ее теоретические основы не могут быть охарактеризованы однозначно. Тем не менее все зрелые и претендующие на научную состоятельность арт-терапевтические методы включают три в той или иной мере разработанных основных теоретических компонента:

1. **Психологическую теорию личности**, с помощью которой описываются основные структурные элементы психики в процессе их развития в онтогенезе, формирующие основу социального функционирования человека, а также его идентичность и самоотношение в норме, при разных психических расстройствах и разном уровне психосоциальной адаптации. Данный компонент, как правило, предполагает также определенную психологическую (например, психодинамическую) концепцию символической коммуникации и творческой активности, в том числе изобразительной деятельности, по-разному проявляющейся в онтогенезе, обоснование ее роли в процессе адаптации, в состоянии здоровья и болезни.

2. **Психологическую** (например, психодинамическую), **клинико-психиатрическую или иную концепцию расстройства, болезни или психологических проблем личности**. В первом случае она представляет собой концепцию психогенеза, при том, что расстройство или нарушения адаптации рассматриваются преимущественно как следствие психогенных

или психодинамических (интра– и интерсубъективных) факторов. Во втором случае концепция расстройства акцентирует внимание на биологических (органических, эндогенных, конституциональных, нейропсихологических) факторах и механизмах развития расстройств, нарушений развития и адаптации. Развиваемые на сегодняшний день иные концепции расстройства стремятся охватить все три основные группы факторов патогенеза и сохранения здоровья – биологических, психологических и социальных.

3. **Концепцию арт-терапевтического вмешательства**, с помощью которой обосновывается роль психотерапевтической среды, психотерапевтических и групповых отношений, различных художественных материалов и форм художественной экспрессии, общих и более частных (специфических для тех или иных психических расстройств, нарушений развития, возрастных групп и т. д.) арт-терапевтических техник и программ.

## **2.2. Динамически-ориентированная (аналитическая) арт-терапия**

Методология зарубежной арт-терапии характеризуется сохраняющейся тесной связью с психоанализом и иными динамически-ориентированными подходами в психотерапии. В некоторых определениях понятия арт-терапии, используемых за рубежом, отчетливо проявляется влияние психоанализа. Так, в информационной брошюре под названием «Художник и арт-терапевт: краткое обсуждение их ролей в больницах, специальных школах и социальной сфере», изданной Британской ассоциацией арт-терапевтов (ВААТ, 1989), указано, что «арт-терапия предполагает изобразительную деятельность, создание визуальных образов, ... взаимодействие пациента с создаваемыми им художественными работами и терапевтом. Хотя арт-терапия, так же как и любой иной вид психотерапии, предполагает осознание неосознаваемого психического материала, в арт-терапии этому способствует богатство художественных символов и метафор... Основой арт-терапевтического воздействия является выражение и конденсация неосознаваемого психического материала посредством изобразительной деятельности» (ВААТ, 1989, р. 2).

Влияние психоанализа и иных направлений психодинамической терапии на теорию и методологию зарубежной арт-психотерапии проявляется главным образом в том, как понимаются механизмы и природа изобразительной деятельности, терапевтические отношения и взаимодействие клиента и терапевта.

### **2.2.1. Психологические механизмы и природа изобразительной деятельности**

С точки зрения психодинамического подхода изобразительная деятельность в процессе арт-терапии и в изобразительном искусстве в целом тесно связана с так называемой символической экспрессией. Символическая экспрессия выступает в качестве основного средства выражения неосознаваемого психологического материала и динамической коммуникации между клиентом и аналитиком. Основательница динамически-ориентированной арт-терапии (арт-психотерапии) М. Наумбург подчеркивает, что «арт-терапевтический процесс основан на том, что наиболее важные представления и переживания человека, являющиеся порождением его бессознательного, могут находить выражение скорее в виде образов, чем слов... Приемы арт-терапии связаны с идеей о том, что в любом человеке, как подготовленном, так и не подготовленном, заложена способность к проецированию своих внутренних конфликтов в визуальной форме. По мере того как пациенты передают свой внутренний опыт в изобразительном творчестве, они очень часто становятся способными описывать его словами» (Naumburg, 1958, р. 511).

В рамках классического психоанализа изобразительное творчество рассматривалось как частный аспект сублимации, позволяющей трансформировать инстинктивные импульсы в художественные образы. Согласно Фрейдю, изобразительное творчество имеет много общего со сновидениями и фантазиями, так как, подобно им, выполняет компенсаторную роль, снимая возникающее при фрустрации инстинктивных потребностей психическое напряжение. Создание в процессе изобразительного творчества художественных, символических образов трактовалось Фрейдом как проявление относительно примитивного психического механизма, поскольку символ является результатом иллюзорного совмещения предмета инстинктивной потребности со свойствами внешних объектов. Когда происходит такое совмещение, символы могут включаться как в первичные, так и вторичные психические

процессы. Если они включаются в первичные процессы, то их содержание отрывается от свойств внешних объектов и отражает либидиозные фантазии, что характерно, например, для сновиденческих образов или фантазий невротика. Если же символы включаются во вторичные психические процессы, то их содержание так или иначе привязывается к системе внешних объектов. В этом случае символическое мышление может способствовать адаптации и быть связано с творческими проявлениями.

Несколько иной взгляд на природу и функции символической экспрессии характерен для Юнга (Jung, 1970, 1980), рассматривавшего символы как универсальные формы проявления психической энергии. Процесс символообразования признавался им как важное условие психической гармонизации и исцеления, тесно связанное со способностью психики к саморегуляции на разных этапах жизненного пути человека. Не случайно, в качестве основных приемов аналитической терапии Юнг использовал метод активного воображения, реализуемый в форме продуцирования ментальных образов и их отражения в разных видах творческой экспрессии, включая изобразительное искусство. Он также признавал то, что символообразование лежит в основе любого акта творческой деятельности, а развитая способность выражать себя посредством универсальных, архетипических образов якобы характерна для выдающихся художников.

Психоаналитическое понимание природы и функций символической экспрессии как основы лечебного использования изобразительного искусства звучит в следующем высказывании одного из пионеров британской арт-терапии И. Чамперноун: «Слова, в частности, прозаическая речь, являются слишком сложным способом для передачи наших наиболее глубоких переживаний... Визуальные, звуковые и пластические образы – это наиболее подходящий способ для передачи тех чувств и представлений, которые вряд ли можно выразить каким-либо иным способом. Эти образы являются не только средством общения между людьми... но и средством взаимодействия между неосознаваемыми и более осознанными формами опыта в психике человека» (Champernowne, 1963, p. 97).

Важные теоретические разработки, связанные с психоаналитическим пониманием природы и механизмов изобразительной деятельности, были выполнены также такими авторами, как Э. Крис (1975), А. Эренцвейг (1967). Крис связал процесс изобразительного творчества с проявлением творческого воображения, которое предполагает ослабление деятельности сознания и включение механизма переработки информации и решения проблем на визуальном уровне. В то же время он обозначил отличия художественного творчества от фантазий и сновидений. Художник якобы может в творчестве взаимодействовать с бессознательным и влиять на протекание первичных психических процессов. Он также обладает критическими способностями и может занимать более сознательную позицию в отношении продуктов своей деятельности на определенных этапах творческого процесса. Автор пишет, что в процессе изобразительной деятельности «бессознательные процессы с их разрушительными эффектами преобразуются в высокоэффективный инструмент создания новых связей и форм, прогрессивных концепций и образов» (Kris. 1975, p. 262)

Анализируя взаимодействие первичных и вторичных психических процессов в ходе изобразительной деятельности, Эренцвейг указывает на высокую степень их взаимопроникновения. Если бессознательные процессы позволяют художнику охватить предмет изображения в целом, то сознание дает ему возможность сфокусироваться на главном, а также деталях, приводя их в соответствие с целым.

Представления о символическом мышлении и символической экспрессии имеют большое значение в психоаналитической теории объектных отношений (М. Клейн, Д. Винникотт и др.). Для представителей этого теоретического направления психоанализа характерно признание того, что первичные психические процессы имеют определенное приспособительное значение. Изучая отношения матери и ребенка, они обратили внимание на то, что символооб-

разование как основа психической деятельности играет важную роль уже на раннем отрезке жизни, помогая ребенку адаптироваться к окружающей среде. В своей работе «О важности симвообразования в развитии „Я“» Клейн (1968) утверждает, что символическое мышление является основой любого таланта. Соотнесение внешних объектов со своими переживаниями и фантазиями позволяет ребенку осваивать предметный мир, а художнику – творить. Она пишет, что «символы не только являются результатом фантазирования и сублимации, но и тесно связаны со способностью к взаимодействию с внешним миром» (Klein, 1968, p. 238).

Сходные идеи высказывает и Винникотт (1988). Его представление о «переходных объектах» тесно связано с символическим мышлением ребенка. Он рассматривает использование ребенком таких объектов в игре и творчестве как основу для формирования культурного опыта, а также предпосылку для развития подлинного «Я». Он подчеркивает важную роль матери в развитии способности ребенка к символическому самовыражению и саморегуляции, а также в процессе формирования у него здоровой психической конституции. Здоровая психическая конституция, по его мнению, характерна для тех субъектов, которые способны к свободному использованию символических образов в качестве инструментов связи своих фантазий с реальностью, что позволяет им вести интересную, насыщенную, творческую жизнь.

Процесс симвообразования, тесно связанный с творческой активностью личности, часто рассматривается психоаналитиками как результат «сгущения» и организации психической энергии. Данная идея была принята на вооружение не только представителями арт-терапии из числа психоаналитиков, но и представителями ее художественного крыла, в частности, Крамер (Kramer, 1958, 1971, 1979). Опираясь на психоаналитическое понимание творческой активности, она показывает, что терапевтические возможности изобразительной деятельности ребенка тесно связаны с организацией психических процессов и переходом от примитивных к более сложным и эффективным формам психической деятельности. В то же время Крамер показывает, что символическая художественная экспрессия как наиболее зрелая форма экспрессии появляется в изобразительной деятельности ребенка не сразу, а требует прохождения нескольких предшествующих ей этапов, характеризующихся превалированием более хаотичной, досимволической экспрессии.

Она описывает пять способов обращения детей с изобразительными материалами, связывая эти способы со стадиями психического развития и совершенствованием познавательных и коммуникативных навыков.

Крамер подчеркивает, что изобразительную деятельность ребенка невозможно рассматривать в отрыве от его потребностей в общении и укреплении значимых для него внешних связей. Во многих случаях изобразительная деятельность выступает важнейшим инструментом коммуникации, позволяя ребенку восполнить дефицит общения и построить более гармоничные отношения с внешним миром. Присутствие рядом с ребенком психотерапевта в ходе его занятий изобразительной деятельностью позволяет раскрыть ее коммуникативный потенциал и служит коррекции нарушенных отношений.

Можно также упомянуть о теоретических разработках М. Милнер (Milner, 1969, 1989), которая придавала большое значение символической экспрессии и художественной практике пациентов. Символообразование рассматривается ею как важный фактор создания всего подлинно нового и предпосылка успешного психического развития.

В контексте обсуждения природы и функций символической экспрессии с точки зрения психоанализа нельзя не упомянуть о работах современного аналитического арт-психотерапевта Д. Шаверьен (Schaverien, 1989, 1992). Она считает симвообразование основным механизмом, на основе которого строится процесс коммуникации в арт-психотерапии. Хотя художественные символы отличаются от «научных символических систем», они также способны опосредовать процессы познания, обеспечивая связь внутренней и внешней реально-

сти, «...взаимодействие субъективного и объективного опыта пациента» (Schaverien, 1992, P. 11).

## 2.2.2. Психотерапевтические отношения

В процессе арт-терапии специалист выступает в качестве помощника и посредника во взаимодействии клиента с изобразительными материалами и продукцией. Психотерапевтические отношения в арт-терапии имеют ту же природу, что и психотерапевтические отношения в любом ином виде психотерапии. В то же время им присущ ряд особенностей, поскольку они в значительной мере строятся на «фундаменте» символической коммуникации, осуществляемой посредством изобразительной деятельности клиента. На психотерапевтические отношения оказывают влияние разные факторы – особенности личности и мировоззрения клиента и психотерапевта, их установки и взаимные ожидания от совместной работы, их пол, возраст, культурный опыт; характер заболевания клиента, наличие у него опыта предыдущей психотерапевтической работы и общения с другими специалистами, институциональная среда, продолжительность и условия проведения арт-терапии, используемые специалистом конкретные приемы и техники, а также внешний социальный, политический, правовой и культурный контекст работы. В то же время психодинамические концепции всегда подчеркивали определяющую роль ранних отношений клиента в формировании и развитии его отношений с психотерапевтом.

Для понимания природы психотерапевтических отношений в арт-терапевтической работе большое значение имеет представление о ролевых отношениях клиента и психотерапевта. Динамически-ориентированные арт-терапевты считают, что отношения клиента и психотерапевта напоминают отношения матери и ребенка. Терапевтическая ситуация во многом воссоздает среду «первичной материнской заботы», в которой изобразительные материалы выступают в качестве «переходных» объектов, позволяя клиенту постепенно формировать более автономную позицию на основе усвоения опыта принятия, внимания и заботы со стороны терапевта.

Поскольку основой для построения терапевтических отношений в арт-терапии выступают не столько средства речевого общения, сколько художественные материалы и образы, это способствует актуализации опыта ранних отношений. В то же время в арт-терапии используются не только художественные, символические средства коммуникации, но и иные способы и каналы взаимодействия, включая устную и письменную речь и иные экспрессивные средства. Более того, художественные материалы и формы художественной экспрессии формируют широкий континуум, связанный с активностью разных психических процессов и разными уровнями психического опыта. Поэтому, по мере развития психотерапевтического альянса, обогащения художественной экспрессии и перехода к более активному использованию речевой коммуникации, клиент осваивает и применяет более зрелые и разнообразные формы взаимодействия с психотерапевтом, обеспечивающие дополнительные возможности для самовыражения и самопознания, и, как следствие, решения терапевтических задач.

Психотерапевтические отношения могут быть реализованы по-разному и выполняют в арт-терапевтическом процессе разные функции, связанные с динамикой терапевтических изменений. На начальном этапе арт-терапии терапевтические отношения являются важным условием *переживания чувства безопасности и доверия*, позволяющие клиенту начать выражать себя с использованием разных средств художественной экспрессии. Терапевтические отношения также выполняют *«удерживающую» функцию*, помогая клиенту справиться с тревогой и иными негативными аффектами и соматизированными реакциями, формируют в нем способность самостоятельно преодолевать их. Эти функции также могут быть

дополнены *организующей функцией*. Она связана с выработкой определенной системы правил поведения клиента, в том числе касающихся использования художественных средств, а также с фокусировкой его внимания на изобразительной работе, регулированием нагрузки, количества и качества используемых материалов, показом клиенту определенных способов работы.

Важнейшей функцией терапевтических отношений является *фасилитация, поддержка художественной и вербальной экспрессии*, благодаря чему клиент переходит к более полному и аутентичному самовыражению. При этом организация деятельности клиента достигается за счет формирования определенной системы правил его поведения, фокусировки его внимания на изобразительной работе, регулирования количества и качества используемых клиентом материалов, его обучения определенным способам работы с ними и иным образом.

По мере продолжения арт-терапии и перехода на ее основной (рабочий) этап, более активными становятся следующие функции, связанные с терапевтическими отношениями. Функция *отражения личности клиента* в многообразии его проявлений посредством вербальных и невербальных «отзеркаливаний», интерпретаций и иных форм обратной связи, используемых терапевтом, обеспечивает рост самоосознания и самопринятия клиента, возможность критического пересмотра им своих поведенческих, мыслительных стереотипов и форм эмоционального реагирования.

Благодаря примерам и стимуляции со стороны терапевта терапевтические отношения также обладают богатым потенциалом *моделирования* более сложных и эффективных способов творческого самовыражения и иных личностных проявлений аффективного, поведенческого и познавательного уровней. *Провоцирующая* (катализирующая) функция состоит в том, что в присутствии терапевта клиенты могут заново проявлять состояния и реакции, связанные с различными внешними (относительно терапии), в том числе ранними отношениями, постепенно осознавая их природу и динамику. Способность терапевтических отношений выполнять данную функцию тесно связана с переносами как важным предметом терапевтической проработки в динамически-ориентированных подходах.

Все эти функции могут быть успешно реализованы при условии достаточно качественных, интенсивных и устойчивых терапевтических отношений, затрагивающих разные аспекты личностного функционирования клиента и терапевта. Они охватывают широкий спектр видов опыта, переживаемых обеими сторонами терапевтических отношений. Одним из условий положительных терапевтических изменений при этом выступает психический резонанс как такой феномен, который связан с эмпатическим присоединением терапевта к переживаниям клиента, «настройкой» на его психические процессы, состояния и свойства личности, а также их смысловой интеграцией, происходящей в вербальном и невербальном диалоге терапевта и клиента. Особенностью психологического резонанса в арт-терапии является то, что он происходит как посредством прямой «настройки» на клиента, его поведенческие, вербальные, эмоционально-экспрессивные проявления, так и «настройки» терапевта на его изобразительную продукцию с достаточно глубоким ее переживанием и осмыслением.

### **2.2.3. Принципы и приемы эффективной фасилитации**

Методология арт-терапии с характерным для нее пониманием природы и функций символической экспрессии и терапевтических отношений определяет принципы и приемы психологического сопровождения и взаимодействия с клиентом. Поскольку основная задача психоаналитической (динамически-ориентированной) терапии заключается в выражении, осознании и интеграции неосознаваемого психического материала, арт-терапевты, начиная

с Наумбург и других пионеров данного направления, делают акцент на свободном самовыражении клиентами их чувств и фантазий, поддержке (фасилитации) их художественной экспрессии и последующей вербализации опыта на этапе восприятия и анализа работ.

Исходя из понимания механизмов символообразования как обслуживающих динамику первичных психических процессов, но в то же время позволяющих осваивать объектную среду, укоренилось представление о том, что процесс изобразительной деятельности в арт-терапии должен осуществляться «изнутри». Это предполагает опору, прежде всего, на внутренние импульсы и источники творческой активности, а любое вмешательство извне, связанное с социальными контактами и долженствованиями, объектной стимуляцией и эстетическими задачами и оценками, должно отойти на второй план (по крайней мере, до определенного момента терапии).

Поэтому в процессе работы с клиентами арт-терапевты занимают в основном недирективную позицию. Они стремятся следовать за клиентами, предоставляют им неограниченную свободу выбора художественных материалов, техник и содержания работ, полагая, что при минимальных ограничениях и направлении извне клиенты будут иметь больше возможностей для проекций. Лишь в особых случаях, при наличии у клиентов значительных затруднений в самовыражении или сопротивлений либо при ограниченных сроках терапии, арт-терапевты могут занять более активную позицию, используя определенные техники, позволяющие клиентам преодолеть затруднения и форсировать процесс самовыражения и проработки изобразительной продукции. Во время первых контактов с клиентами специалисты также подчеркивают особенности арт-терапии как формы творческой активности, которая имеет иные задачи, чем это, например, характерно для уроков изобразительного искусства или деятельности профессиональных художников. Обозначается допустимость любых форм самовыражения, которые позволяют клиенту более естественно и аутентично выражать себя.

Может создаваться впечатление, что во время занятия с клиентами арт-терапевты почти ничего не делают, если не считать того, что на протяжении значительной части занятия они наблюдают за их деятельностью, иногда задают вопросы, слушают или сами что-то комментируют. Такое впечатление обманчиво. За такими внешне слабо проявляющимися действиями скрываются: высокая внутренняя активность специалистов, повышенное внимание к клиентам и их работе, пребывание в состоянии эмпатического резонанса с ними, рефлексия собственных реакций, всесторонний анализ происходящего, связанный с пониманием клинических и личностных особенностей клиентов, проявленных в творчестве и взаимодействии с терапевтом. Умение мягко сопровождать клиентов в процессе изодетельности, совместно рассматривать работу, проводить ее последующее обсуждение и резюмировать сделанное и сказанное ими, расставляя правильные акценты и иногда внося собственные пояснения, является важным профессиональным навыком.

Форма взаимодействия с клиентом и занимаемая арт-терапевтом позиция очень отличаются от того, как происходит, например, взаимодействие педагога и учащегося, в том числе во время уроков изобразительного искусства. Конечно, разные методы арт-терапии (аналитический, гуманистический, когнитивно-поведенческий, гештальт-терапевтический и другие) имеют различия в репертуаре используемых техник и способах фасилитации. Для когнитивно-поведенческого метода, например, характерна более активная позиция специалистов, связанная с необходимостью перестройки привычных схем мышления и поведения клиентов. Однако, независимо от приверженности специалистов к тому или иному методу, для арт-терапии в целом характерна меньшая интрузивность, т. е. меньшее вмешательство в естественный для клиента процесс художественной деятельности и вербализации опыта по сравнению с некоторыми методами разговорной психотерапии. Это обусловлено необходимостью погружения клиентов во внутренние переживания и их выражения в творчестве, а

также максимального использования терапевтических факторов творческого процесса, поддерживающей среды и терапевтических отношений.

Далее будут охарактеризованы основные условия, приемы и принципы фасилитации в арт-терапии. Хотя поначалу они использовались в рамках динамически-ориентированной арт-терапии, постепенно, в значительной мере они перешли в ее иные направления.

***Условия эффективного арт-терапевтического взаимодействия и фасилитации*** следующие:

- Адекватное оснащение арт-терапевтического кабинета, связанное с достаточным разнообразием художественных материалов и иных средств экспрессии. Как правило, не обучая клиента техникам изобразительного искусства, в целях фасилитации процесса изобразительной деятельности специалист может вначале демонстрировать клиенту спектр изобразительных средств и способов работы с ними.

- Достаточное пространство для творчества, наличие легко моющихся поверхностей для занятий изобразительной деятельностью и мест для хранения работ.

- Время, отводимое на изобразительную деятельность, восприятие и обсуждение работ, а также подведение итогов занятия, должно быть достаточным для полноценного вовлечения в творческий процесс, исследования реакций клиента и завершения сеанса. Необходимо делать напоминание клиенту в тот момент, когда время, отведенное на изобразительную деятельность, обсуждение и сеанс в целом близятся к завершению.

- Наличие определенного порядка организации среды, хранения материалов и работ, а также распределения времени между разными этапами занятия и связанными с ними видами деятельности.

- Свобода и безопасность, обуславливающие допустимость любых форм и способов художественной экспрессии – регрессивных и прогрессивных, абстрактных и конкретных, связанных с выражением положительных и отрицательных переживаний, созданием хаотичных или упорядоченных форм.

- Минимальный размер ограничений – можно делать практически все, за исключением порчи предметов (инвентаря, мебели, художественной продукции других участников арт-терапии), прямого физического насилия в адрес арт-терапевта и других участников занятий, а также самоповреждений.

- Безусловное принятие и уважение личности клиента, признание его автономности и права свободного выбора, проявлений в творчестве и комментариях, а также права не участвовать в изобразительной деятельности и не комментировать свои реакции.

- Обозначение арт-терапевтом уникальности клиента. Это может быть связано, например, с тем, что арт-терапевт привлекает внимание клиента к характерному для него выбору материалов, содержанию и стилю работ, средств экспрессии.

- Заинтересованность в личности клиента и ее проявлениях в творчестве, проявляющаяся, прежде всего, в высокой степени внимания к клиенту, его деятельности и созданным работам.

- Поддержка клиента с учетом уровня его развития, состояния и потребностей в каждый конкретный момент времени. В качестве эффективной формы поддержки может выступать внимание специалиста к клиенту и его работе, «отзеркаливания», элементы положительной обратной связи.

- Привлечение внимания клиента к его творческой активности и отношениям с терапевтом как ведущим видам деятельности в ходе арт-терапии.

***Приемы фасилитации изобразительной деятельности и иных форм творческой активности*** включают:

- Свободный выбор материалов и видов изобразительной деятельности.
- Игровое освоение изобразительных материалов как способ преодоления скованности и изучения средств художественной экспрессии, не предполагающий создания оформленной художественной продукции. Например, клиенту может быть предложено исследовать выразительные возможности и сенсорные характеристики графических материалов. Он может рисовать прямые или извилистые линии, ставить точки, рисовать боковой поверхностью мелка, использовать разный нажим, размазывать линии и т. д. При этом можно просить его обратить внимание на то, какие изобразительные действия или свойства материала клиенту наиболее интересны или приятны.

- Рисование каракулей как способ преодоления скованности и недостаточной активности воображения. При рисовании каракулей может использовать правая (ведущая) или левая руки, либо обе руки последовательно или одновременно. Можно рисовать с открытыми или закрытыми глазами. Клиенту предлагается в течение нескольких секунд рисовать на листе свободно блуждающую линию, не пытаясь формировать какой-либо образ. После этого линию можно рассмотреть под разными углами зрения, пытаясь увидеть в ней образы или ориентируясь на свободные ассоциации. Образы затем могут быть прорисованы.

- Рисование или лепка на свободную тему с ориентацией на процесс изобразительной деятельности и спонтанно возникающие образы.

- Рисование или лепка на темы, выбранные клиентом и отражающие как определенные ситуации из его жизни, так и игру воображения, фантазии, возникающие в ходе занятия. Если клиент затрудняется в выборе темы, она может быть ему подсказана. Однако предлагаемая тема, по возможности, должна быть связана с теми воспоминаниями, фантазиями, запросом и т. д., которые клиент обозначил во время текущего или предыдущих занятий, касаться его внутреннего мира (например, изображение состояния). Темы также могут предлагаться с учетом тактических или стратегических задач терапии, ее этапа, групповой динамики.

- Изобразительная деятельность с использованием предложенного материала. Как и при использовании тем как основы изобразительной деятельности, предложение использовать определенный материал может быть связано с текущими потребностями или состоянием клиента, определяться не столько техническими, сколько психодинамическими соображениями.

- Предложение образа, вытекающего из рассказа клиента, описания жизненных ситуаций, переживаний, проблем.

- Стимулирование фантазии на основе предъявления стимульного материала (визуального, музыкального, повествовательного, кинестетического, тактильного и др.) с последующим выражением фантазий в изобразительной деятельности.

- Предложение создать еще один, следующий рисунок, отражающий развитие ситуации (воображаемой или реальной).

- Предложение создать серию рисунков, отражающих процесс активного воображения клиента на основе спонтанно возникающих образов или использования стимулов.

- Изменение освещения, в том числе путем использования свечей, с целью создания камерной атмосферы, концентрации внимания, достижения медитативного состояния как условия более свободной творческой экспрессии.

- Предложение использовать иные формы экспрессии после изобразительной деятельности как способ фасилитации более полного выражения содержания внутреннего мира клиента – музыкальные инструменты или записи, ролевою игру, построение монолога или диалога на основе рисунка, сочинение историй, написание свободных ассоциаций или поэтического текста, движение и танец.

- Предложение использовать комплементарный изобразительный материал или прием, либо создать комплементарный образ с целью преодоления защит и сопротивления и выражения тех чувств, которые клиент склонен сдерживать (например, после того, как клиент рисовал приятными для себя цветами, он может попытаться воспользоваться неприятными.

- Вербальное или невербальное «отзеркаливание» художественной экспрессии клиента арт-терапевтом, когда специалист обозначает словами или даже пытается повторить то, что делает клиент.

- Молчание арт-терапевта, которое может способствовать лучшей концентрации клиента на своих ощущениях, переживаниях и фантазиях, дает возможность погружения в процесс игры и изобразительной деятельности. В то же время молчание арт-терапевта может провоцировать у клиента состояние тревоги, выявлять его личностные особенности, в том числе способность справляться с ситуациями неопределенности, центрироваться на себе, проявлять инициативу и т. д. В аналитической психотерапии молчание специалиста также является важным условием проявления переносов.

В свою очередь, **приемы фасилитации словесного выражения клиентского опыта в процессе обсуждения рисунка** включают:

- Называние работы.
- Описание клиентом свободных ассоциаций с работой.
- Создание клиентом поэтического (интуитивного) текста на основе изобразительной продукции.

- Описание клиентом своего физического и эмоционального состояния и его динамики в процессе изобразительной деятельности.

- Использование вопросов – открытых, полуоткрытых, закрытых – с целью уточнения реакций клиента и значений образов, более полного, детализированного их описания, выражения физических и эмоциональных реакций на созданную продукцию, изменения реакций или исследования альтернативных образов и динамик.

- Использование диктофона в форме игры в «интервью» или «репортаж с места события», когда клиенту предлагается, например, прокомментировать свой рисунок как документ, касающийся определенного события или процесса.

- Создание истории, описание того, что было до изображенной на рисунке ситуации, происходит или может произойти в дальнейшем.

- Использование прямой речи от лица образов или рисунка в целом.

- Предложение прокомментировать возможную связь рисунка с личностью клиента, его состоянием и отношениями, в особенности если до этого такая связь из-за метафоричности, символичности рисунка не осознавалась клиентом.

- Предложение прокомментировать возможную связь рисунка с ранее созданной изобразительной продукцией или иным символическим, визуальным материалом (фантазиями, сновидениями), впечатлениями, связанными с восприятием окружающей среды, произведений искусства и т. д.

**Принципы фасилитации художественного и словесного самовыражения клиента** следующие:

- Гибкость и открытость арт-терапевта, его готовность следовать за клиентом и выбирать такие формы и приемы фасилитации, которые отвечают индивидуальным особенностям и состоянию клиента. Так, например, арт-терапевт может использовать открытую или закрытую, директивную или недирективную, поддерживающую или фрустрирующую пози-

цию, те или иные конкретные приемы фасилитации в виде вопросов, «отзеркаливания», интерпретаций, молчания и т. д.

- Привлечение внимания клиента к изобразительной работе, а также его отношениям с терапевтом как ведущим видам деятельности в ходе арт-терапии.

- Оптимальный объем времени, отводимый на изобразительную деятельность, восприятие работы, обсуждение процесса и результатов творчества. Важность созерцания, «переживания» работы и формирования культуры ее восприятия на основе активизации разных психических процессов (ощущения, чувства, представления).

- Повышенное внимание к форме, стилистике, а не только к содержанию художественных работ, включая такие стилистические характеристики, как: материал и способ его использования; предметность или абстрактность работы, объем и размер работы и ее деталей; хроматизм, характер линий; движение или статика; время, потраченное на ее создание и т. д.

- Восприятие работы как «пространства особого рода», «переходной зоны» в отношениях клиента с самим собой и терапевтом. При этом работа должна рассматриваться как отражение личности клиента (по крайней мере, того, что он о себе знает или готов принять), с одной стороны, и как отражение чего-то иного (большого, или, наоборот, частного и меньшего), чем его личность, с другой стороны. Это дает клиенту ощущение большего комфорта и безопасности в терапевтических отношениях и потенциальную возможность расширения границ Я. В терапевтических интересах целесообразен переход в это «пространство особого рода», «переходную зону». Они создают дополнительные возможности для самовыражения и самоосознавания клиента.

## 2.2.4. Интерпретация в процессе арт-терапии

В качестве одного из базовых приемов психотерапевтического воздействия интерпретация стала впервые применяться в психоанализе. Поэтому роль интерпретаций традиционно высока в тех направлениях арт-терапии, которые связаны с психоанализом. На сегодняшний день интерпретации используются также в рамках иных, неаналитических подходов и связаны с объяснением механизмов и мотивов действий и иных психологических особенностей клиентов как целостных личностей. Причем такое объяснение может даваться как психотерапевтом, так и самим клиентом.

Интерпретация и другие формы вербальной обратной связи являются важным фактором терапевтического воздействия в арт-терапии, но как специальный терапевтический прием или техника не используются в лечебном изобразительном искусстве. Роль интерпретаций может быть различна в зависимости от индивидуальных особенностей клиента, его способности к рефлексии и диалогу со специалистом, готовности получать и усваивать информацию о собственной личности (включая и ту, которая касается его болезненных проявлений или неэффективных схем поведения и мышления). Основная задача интерпретаций как терапевтического приема заключается в том, чтобы помочь клиенту лучше себя понять и, исходя из этого, развивать и изменять свои отношения.

Традиционно интерпретации осуществлялись на основе исследования символической продукции клиента в форме сновидений и фантазий, а также свободных ассоциаций. Постепенно, по мере более активного использования средств художественной экспрессии в психотерапии, стали интерпретироваться также продукты творческой деятельности. Используя интерпретации как терапевтический прием, арт-терапевт комментирует поведение и продукцию клиента либо стимулирует клиента к самостоятельному поиску их скрытого психологического смысла. Тем самым он помогает клиенту увидеть в своих действиях и изобразительной продукции определенный психологический смысл, связанный с его личностными

проявлениями – свойствами характера, внутренними конфликтами, вытесняемыми/вуалируемыми потребностями и другими.

Интерпретации и иные способы вербальной обратной связи неотделимы от психотерапевтических отношений, реализуются на основе «диалога» клиента и психотерапевта и психологического «резонанса». Интерпретация является сложным внутриспсихическим и межличностным процессом. Этот процесс не ограничивается когнитивными операциями, связанными с поиском и обозначением психологического смысла действий и символической продукции, но предполагает также переживание сенсорных характеристик изобразительной продукции, эмоциональных и ассоциативных реакций, возникающих при ее восприятии. Таким образом, интерпретация требует последовательной активизации разных психических процессов у клиента и терапевта. Она предполагает многоуровневую переработку информации, связанной с созданием и восприятием художественных работ в контексте терапевтических отношений, клинического диагноза и разных личностных проявлений клиента.

Начиная применять интерпретации как инструмент психоаналитической психотерапии, З. Фрейд исходил из того, что символические образы представляют собой завуалированное выражение переживаемых клиентом неосознаваемых потребностей и переживаний. Существуют якобы наиболее характерные символические формы проявления определенных неосознаваемых феноменов, в основном либидинозного характера, связанные с разными этапами психосексуального развития и отношениями ребенка с родителями и сиблингами. Ранние психоаналитические подходы к интерпретации, характерные для некоторых арт-психотерапевтов и психологов, применяющих проективные графические тесты, были связаны с попытками описания некоторых наиболее общих, типических символических проявлений такого рода. К сожалению, данные подходы обнаружили свою неэффективность и показали, что попытки интерпретации символических образов в отрыве от множества дополнительных переменных, включая терапевтические отношения, культурный опыт клиента, факторы среды, ведут к «навешиванию ярлыков» или, в лучшем случае, лишь позволяют выявить некоторые тенденции, которые, в свою очередь, должны быть всесторонне осмыслены.

Нельзя не признать, что такая практика характеризуется приверженностью аналитика к жестким интерпретативным схемам, игнорирующим множество возможных значений символических образов и условия их проявления. Так, например, изображения деревьев или змей могут трактоваться как фаллические символы, изображения озера или круга – как вагинальные символы, закрытые двери или перекрещенные линии – как выражение запрета на сексуальные проявления и т. д.

Интерпретации со стороны аналитика всегда в той или иной мере субъективны, связаны с проецированием на символическую продукцию клиента тех потребностей и переживаний, которые испытывает сам аналитик. Признавая проективную природу интерпретаций, вовсе не обязательно отказываться от нее вообще. Творческие, лично окрашенные интерпретации позволяют по-новому увидеть известные вещи и создать интересные метафоры, помогающие пересмотреть привычные представления. Различные оценки одной и той же ситуации очень ценны для решения проблем. Они расширяют возможности понимания, позволяют увидеть то, что ранее не замечалось. Автор художественной работы может принять интерпретацию аналитика как отражение его точки зрения, его личный вклад в постижение смысла работы. Поэтому, несмотря на субъективность интерпретаций, специалист во многих случаях может доносить до клиента определенный набор психологических значений образов и тем самым способствовать развитию терапевтических отношений, активизации межличностного «диалога», нахождению достаточно корректных личностных значений изобразительной продукции, росту самосознания и самопринятия клиента.

В большинстве случаев при обсуждении изобразительной продукции клиентов многие современные арт-терапевты предлагают им свои интерпретации скорее в форме психологи-

ческих гипотез, нежели истины в последней инстанции. Это оставляет клиентам значительную свободу выбора между разными вариантами толкования их изобразительной продукции и стимулирует их собственную активность в постижении смысла работ.

Большое значение может также иметь интерпретация целой серии работ, созданных клиентом за определенный промежуток времени. При этом имеет смысл обратить внимание клиента на предпочтение им определенных изобразительных материалов, форм и стиля художественной экспрессии, а также на наличие в его изобразительной продукции общих тем или экспрессивных элементов и их связь с отношениями, переживаниями и событиями, имевшими место за обсуждаемый период времени.

Помимо формулирования предположений (гипотез), объясняющих психологический смысл художественных работ, арт-терапевты могут вовлекать клиентов в процесс восприятия и творческого взаимодействия с произведениями или их отдельными образными, экспрессивными элементами. Можно, например, показать, что художественные работы могут быть использованы в качестве материала и стимула для создания новых образов, тем самым позволяя им более полно выражать, трансформировать и развивать свое содержание, скрытую в них созидательную, целебную энергию. Это может вести к созданию новых художественных работ, а также развитию тем и образов на основе иных форм творческой экспрессии – движения и танца, ролевой игры, музыки, художественных описаний.

Можно превратить интерпретацию изобразительной продукции в процесс активного творческого проникновения в образы, что позволит клиенту получить для себя новый, интересный или даже исцеляющий опыт. При этом большое значение будет иметь подчеркивание арт-терапевтом ценности феноменологического постижения образов, формирование культуры их восприятия. Это может заключаться в организации выставок работ (главным образом, в арт-терапевтическом кабинете), неторопливом погружении в их образную среду, чем-то напоминая медитацию, с одновременной фокусировкой на физических, эмоциональных и ассоциативных реакциях. Таким образом, процесс интерпретации в арт-терапии может включать не только объяснение психологического значения работ, но и эмпатическое присоединение к ним, осуществляемое совместно клиентом и терапевтом. Отказ от поспешного нахождения психологической нагрузки художественных работ и придание большего значения их созерцанию и эмоциональному, чувственному восприятию может выступать методом, помогающим раскрывать множество более глубоких, скрытых в них смыслов и активизировать их исцеляющие энергии.

Комментирование работ, а также создание коротких текстов в виде свободных ассоциаций или повествовательной продукции, отражающей игру воображения, личные воспоминания и фантазии клиента, могут быть важной составной частью процесса интерпретации. Такая практика является важной предпосылкой для достижения инсайта.

Принимая во внимание сложившиеся на сегодняшний день формы и опыт использования интерпретаций как важного приема арт-терапии, ее принципы могут быть сформулированы следующим образом:

*1. Принцип детализации* требует учета не только общей структуры и содержания художественной работы (переданного, например, в названии), но и ее деталей, включая использованные материалы и способы их утилизации, цвет, фактуру, линии, объем и другие характеристики. Полезно также принять во внимание характеристики ментального образа, который автор мог себе представлять, прежде чем приступить к его изображению, и который мог также сопровождать изобразительную деятельность. Некоторые клиенты не обладают изобразительными навыками, достаточно развитыми для того, чтобы передать в рисунке свои представления, а потому важными для понимания содержательной нагрузки.

2. *Необходимость учета контекста* изобразительной деятельности, который включает различные внутренние и внешние факторы, в том числе степень психологической безопасности среды, физическое состояние клиента, терапевтические отношения, этап психотерапевтического процесса и др. Изобразительная деятельность и создаваемая продукция также должны рассматриваться с учетом личностных особенностей клиента, в том числе характерологического радикала, клинического расстройства, структуры и динамики клинических проявлений, особенностей процесса развития клиента, его внешних отношений, социальной и культурной среды, художественного опыта и уровня развития изобразительных навыков. Также следует учесть, насколько созданная в рамках конкретного занятия изобразительная продукция по своей тематике и характеру исполнения отличается от ранее созданных.

3. *Важность феноменологического исследования*, которое может проявляться в чувственном «проникновении» в образ, созерцании работы, фокусировке внимания на телесных ощущениях, эмоциональных и ассоциативных реакций на работу. Феноменологическое исследование по возможности должно быть достаточно глубоким и всесторонним и предполагать концентрацию на деталях работы.

4. *Признание многозначности образов*, в особенности если они имеют символический характер. Данный принцип предполагает исследовательскую позицию арт-терапевта в процессе совместного с клиентом исследования возможных значений работы, использование нескольких гипотез, что позволяет дать разные, подчас альтернативные варианты психологического анализа изобразительной продукции. Один и тот же образ может включать несколько разных значений. Некоторые из них будут «лежать на поверхности» и отражать осознаваемый или частично осознаваемый психологический материал клиента. Другие значения могут оказаться для автора работы неожиданными. Их обозначение в процессе интерпретации, возможно, будет сопровождаться проявлением психологических защит и усиливать сопротивление анализу. Некоторые значения работы будут связаны с биографическим материалом, прошлыми или текущими событиями в жизни клиента, актуальными для него отношениями и проблемами и возможными перспективами их разрешения. Другие же значения могут затрагивать более глубокий слой психического опыта, в том числе перинатальный и трансперсональный опыт, проявление архетипов коллективного бессознательного.

5. *Раскрытие проблемного психологического материала с одновременным вниманием к проявленным внутренним ресурсам личности клиента*. Изобразительная продукция может отражать не только внутренние конфликты и травматический опыт прошлого и настоящего, но и различные ресурсы клиента, те внутренние факторы и процессы, которые связаны с возможным разрешением внутренних противоречий, потенциалом развития, достижением более гармоничного состояния.

## Глава 3. Групповая арт-терапия

Групповая арт-терапия является следствием развития и обогащения теории и практики индивидуальной арт-терапии как исторически первой формы психотерапевтической работы, использующей средства художественной экспрессии, и ее объединения с теорией и практикой групповой психотерапии. Хотя пионеры арт-терапии, такие как Хилл, Адамсон, Крамер и др., работали с группами, последние вряд ли можно назвать разновидностью психотерапевтических групп. Характерные для групповой психотерапии динамические процессы, связанные с взаимодействием участников и развитием группы как социальной системы, этими специалистами в расчет не принимались и терапевтически осознанно не использовались. Лишь в поздней публикации Крамер (Kramer, 1971), описывающей ее работу с детскими группами, имеются отдельные краткие комментарии по поводу взаимодействия детей и их влияния на художественную экспрессию друг друга.

Более активное использование групповых форм работы на основе использования искусства и их превращение в форму арт-психотерапии начинается в 1960–1970-е годы, в тесной связи с распространением групповой психотерапии, прежде всего, групповой аналитической (динамической) психотерапии, психодрамы, гештальттерапии и характерных для гуманистического подхода «групп встреч». По содержанию и структуре занятий, а также способам их проведения арт-терапевтические группы стали все больше напоминать группы вербальной психотерапии. Примерно в те же годы стали развиваться основы теории и методологии групповой арт-терапии. Стал обсуждаться феномен групповой интерактивной арт-терапии (Waller, 1993) как имеющей ряд принципиальных отличий от студийных форм групповой работы.

## **3.1. Групповая интерактивная арт-терапия: определение и методология**

### **3.1.1. Что такое групповая интерактивная арт-терапия?**

Получившие развитие с конца 1960–начала 1970-х годов новые формы групповой арт-терапии характеризовались стремлением ведущих учитывать не только индивидуальные творческие проявления участников, но и то, какое влияние они оказывают друг на друга, как реагируют на ведущего, и как в связи с этим формируется и развивается группа. При этом ведущие стали в большей степени использовать в терапевтических целях фактор групповых отношений и различные феномены, связанные с вербальной и невербальной коммуникацией участников. Такие группы получили название интерактивных. При этом такое название подчеркивает то, что в подобных группах взаимодействие между участниками специально организуется и используется ведущим в терапевтических целях на основе определенной методологии и техник.

Понятие «групповая интерактивная арт-терапия» является собирательным, охватывающим разные по форме, продолжительности и способам теоретического обоснования варианты арт-терапевтической работы с группами. Вместе с тем все они основаны «на представлениях группового анализа, интерактивной (интерперсональной) групповой психотерапии, теории систем и арт-терапии. Это развивающаяся модель, теоретической основой которой выступают работы З. Фоулкса, Г. Салливена и И. Ялома, а в последнее время также И. Агазарян, Р. Петерса и Б. Астрахана, использовавших системный подход к групповой психотерапии. Групповая интерактивная арт-терапия базируется на фундаментальных принципах и идеях арт-терапии, к которым можно отнести представление о том, что изобразительное творчество (включая рисование, занятия живописью, работу с глиной, конструирование и т. д.) является важным аспектом познавательной деятельности человека. Если оно происходит в присутствии психотерапевта, то позволяет клиенту установить контакт с ранними, вытесненными переживаниями и теми чувствами, которые связаны с контекстом „здесь-и-сейчас“. Важным также является представление о том, что изобразительная продукция клиента может выступать в качестве формы выражения сильных переживаний, выразить которые ему бывает слишком сложно, и что визуальный образ является средством коммуникации между психотерапевтом и клиентом...» (Waller, 1993, p. 3).

Групповая интерактивная арт-терапия включает в себе значительные психотерапевтические возможности. В то же время работа в группе может быть сопряжена с повышенной нагрузкой на разные сферы личностного функционирования участников. В силу проявления эмпатии и таких групповых феноменов, как интерстимуляция и взаимная индукция, участники могут переживать весьма сильные чувства. Они получают дополнительные объемы информации, поступающей через визуальный и иные каналы коммуникации. Переработка этой информации создает повышенную нагрузку на познавательные процессы. Также в группе могут выражаться разные позиции, проявляться разные поведенческие модели и разные способы реагирования участников, что может приводить к переживанию напряжения и даже конфликтам в их отношениях друг с другом и ведущим. Поэтому участие в интерактивных группах имеет соответствующие клинические и личностные показания и противопоказания.

Работа с интерактивными группами также сопряжена с повышенной психологической нагрузкой на ведущего и требует от него не только владения необходимыми навыками и приемами групповой арт-терапии, но достаточной внутренней устойчивости к нагрузкам.

### 3.1.2. Методология групповой арт-терапии

Д. Уоллер пишет о двух основных теоретических моделях интерактивной групповой арт-терапии – аналитической и интерперсональной (Waller, 1993). В то же время, с учетом исторически сложившихся моделей групповой психотерапии (Рутан, Стоун, 2002), в целях более полного охвата возможных вариантов арт-терапевтических групп, наряду с аналитической и интерперсональной, целесообразно также упомянуть общегрупповую, системную, или интегративную модели.

*Интерперсональная модель* групповой психотерапии (Sullivan, 1953; Ratigan, Aveline, 1988; Bloch, Stouch, 1985; Ялом, 2000) связана с фундаментальным представлением о том, что взаимодействие человека с окружающими, начиная с ранних лет его жизни, формирует характерные для него и связанные с ситуациями межличностного общения поведенческие модели. Эти модели проявляются в ходе взаимодействия человека с участниками группы и могут стать предметом не только пристального исследования, но и изменений, в особенности в тех случаях, когда они имеют дизадаптивный или патологический характер. Интерперсональная модель также основана на идее о том, что взаимодействие человека с окружающими определяет особенности его восприятия себя самого и других людей. Данные особенности, являясь одной из ведущих характеристик личности, могут тем не менее изменяться, что обуславливает возможность использования групповой психотерапии в качестве одного из инструментов этих изменений.

В основе изменений, согласно теории групповой интерперсональной психотерапии, лежит осознание человеком своих реакций на окружающих и характерных для него паттернов поведения и установок, дополняемое его желанием измениться и готовностью использовать новые модели поведения в реальной жизни. В качестве основной «арены» проявления и осознания характерных для человека паттернов поведения выступает психотерапевтическая группа. Большое значение для достижения изменений имеет складывающаяся в группе атмосфера безопасности и взаимного доверия, а также обратная связь с ведущим и другими членами группы. Группа также предоставляет человеку возможность, благодаря межличностному научению и иным механизмам изменений, использовать новые модели поведения, перенося их затем в реальную жизнь.

Б. Ратиган и М. Эйвлайн подчеркивают, что важное отличие интерперсональной модели от аналитической (групп-аналитической) состоит в том, что она связана с экзистенциальной философией, представлениями о том, что человеческие поступки не являются жестко детерминированными и допускают возможность свободного выбора и что любой человек может брать на себя ответственность за свои действия. Следствием этих представлений является то, что интерперсональная модель позволяет участникам группы «преодолеть восприятие себя в качестве пассивных жертв тяжелых жизненных обстоятельств и принять более активную позицию, связанную с ответственностью за свою жизнь, отношения, симптомы и проблемы. Основной психотерапевтический эффект при этом связан не столько с осознанием правомерности активной жизненной позиции, сколько с получением непосредственного опыта новой личной активности и отказом от дизадаптивных поступков» (Ratigan, Aveline, 1988, p. 46).

Таким образом, в рамках интерперсонального подхода к групповой психотерапии акцент делается не только и не столько на рассказе участников группы об имеющихся у них проблемах, сколько в проявлении этих проблем в их поведении и взаимодействии с другими в контексте «здесь-и-сейчас». С учетом этого, основное внимание обращается на те поведенческие особенности участников группы, которые проявляются непосредственно в ходе групповых сессий. В то же время это не исключает возможности обсуждения участниками

группы тех событий, которые имели место в их жизни в прошлом или происходят за пределами группы в настоящем.

Характерное для групповой интерперсональной психотерапии самораскрытие участников в группе сближает их и ведет к ослаблению защит. Благодаря обратной связи друг с другом и психотерапевтом участники группы могут узнать о тех характерных для них особенностях своего поведения, которые заметны окружающим, но не всегда осознаются ими самими. Это делает корректную обратную связь и принятие участниками группы своих чувств и действий чрезвычайно важным инструментом психотерапевтических изменений.

Готовность участников группы брать ответственность за свои чувства и поступки в групповой ситуации на себя, а также их желание идти на связанный с использованием новых моделей поведения риск являются дополнительными условиями достижения этих изменений. И, наконец, еще одной значимой предпосылкой изменений является научение участников группы, которое становится возможным благодаря их активному межличностному взаимодействию в группе.

*Аналитическая модель* групповой психотерапии (Ezriel, 1952; Bion, 1961; Foulkes and Anthony, 1973) рассматривается как развитие традиции индивидуального психоанализа применительно к работе с группами. Первоначально групповой анализ был связан с попытками рассмотрения отношений ведущего с членами группы, проявляющихся, в частности, в реакциях переноса и контрпереноса. В дальнейшем стали учитываться и те отношения, которые складываются между участниками группы и между каждым из них и группой в целом. Основные отличия аналитической модели от интерперсональной заключаются в следующем:

1. Интерперсональная модель придает наибольшее значение текущему опыту участников группы, связанному с контекстом «здесь-и-сейчас», а аналитическая модель учитывает также их прошлый опыт.

2. Работающий в рамках интерперсонального подхода психотерапевт воспринимает себя в роли катализатора внутригруппового взаимодействия и использует свое поведение как образец, на который могут ориентироваться другие. Групповой аналитик занимает позицию независимого наблюдателя. Кроме того, если первый специалист рассматривает опыт группового взаимодействия как изначально позитивный и являющийся основой психотерапевтических изменений, то второй допускает, что, прежде чем изменения станут возможны, необходимо устранить имеющиеся у членов группы сопротивления этому процессу.

3. Общая продолжительность работы в рамках интерперсонального подхода, как правило, меньше, чем при использовании аналитической модели.

*Общегрупповой подход* (Bion, 1960; Ezriel, 1973; Foulkes, 1964 и др.) объединяет в себе несколько вариантов групповой психотерапии. Для всех них характерно преимущественное внимание к групповым феноменам и процессам, связанным с организацией и функционированием группы как единого целого. Являясь приверженцем гештальт-психологии, Фулкс (Foulkes, 1964) рассматривал группу как нечто большее, чем сумму составляющих ее элементов. Рассматривая индивидуальную психологию в качестве фигуры, а группу – в качестве фона, он стремился уделять равное внимание, как членам группы, так и группе в целом.

Фулкс рассматривает группу как открытую систему. Им также описаны разные групповые феномены – резонанс, зеркальное отражение и др. Основная задача психотерапевта, по его мнению, заключается в том, чтобы способствовать расширению и углублению групповой коммуникации, принимая при этом во внимание различные уровни психического развития членов группы и то, что в их взаимодействии друг с другом могут проявляться как осознанные, так и неосознанные потребности и переживания. Психотерапевт не явля-

ется отстраненным наблюдателем, но активно участвует в групповых процессах. Используя направленные на разных членов группы интерпретации, он влияет на внутригрупповые отношения. Он также формирует модель коммуникации и помогает участникам группы самим использовать интерпретации в интересах активизации внутригруппового взаимодействия. Иногда отдельные участники являются выразителями потребностей, мнений и переживаний всей группы; иногда вся группа выражает потребности, мысли и переживания своих отдельных членов.

**Системный подход** к групповой психотерапии (Astrahan, 1970; Agazarian, 1997 и др.) опирается на общую теорию систем, которая служит общей концептуальной платформой для понимания внутриличностных, межличностных и общегрупповых процессов, а также социальных аспектов функционирования группы. Достоинством общей теории систем применительно к групповой психотерапии является то, что она позволяет рассматривать группу в качестве живой, саморазвивающейся, открытой системы, находящейся в процессе роста и изменений. Основной акцент при использовании данного подхода делается на изучении структурно-функциональных особенностей группы и ее ресурсов, в частности, такого значимого аспекта, как проницаемость ее внешних и внутренних (личных) границ. Наблюдая за этими границами и используя те или иные вмешательства, психотерапевт может усиливать или, наоборот, снижать их проницаемость.

Использование данного подхода позволяет также учесть иерархический характер отношений в группе, что требует разноуровневого анализа, учитывающего общегрупповые, межличностные и внутриспсихические процессы и феномены, а также анализа процессов и феноменов на уровне подгрупп. Агазарян (Agazarian, 1997) считает, что задача психотерапевта заключается в том, чтобы, активизируя разноуровневые коммуникативные процессы, помочь участникам группы осознать сопротивления и принять отчужденные аспекты своей личности.

**Интегративное направление** в групповой психотерапии (Durkin, 1964; Glatzer, 1953; Gustafson, Cooper, 1979, 1992) связано с попытками соединить теорию индивидуальной и групповой психотерапии. Интегративное направление имеет много общего с концепцией иерархической интеграции О. Кернберга (Kernberg, 1975). По мнению этого автора, общегрупповые вмешательства позволяют воздействовать лишь на одну группу невротических расстройств, а именно те, которые связаны с предэдипальной фазой развития. В отличие от этих расстройств, переносы индивидуального характера, так же как и сопротивления, связаны с более зрелыми фазами развития, а потому проявляются главным образом в диадических и триангулярных конфликтах. Групповой психотерапевт при этом использует те вмешательства, которые в большей степени подходят конкретной группе и отвечают уровню развития ее членов.

## 3.2. Формы интерактивной групповой арт-терапии

Используются следующие основные формы интерактивной групповой арт-терапии:

- динамическая (аналитическая) группа,
- тематическая группа,
- студийная открытая группа, сочетающаяся с элементами динамического подхода.

### 3.2.1. Динамическая арт-терапевтическая группа

Динамическая арт-терапевтическая группа, как правило, функционирует как закрытая, что означает, что на протяжении всего процесса работы состав ее участников остается постоянным. Динамической (или аналитической) она называется в связи с тем, что в процессе работы с такой группой важную роль играет фактор групповой динамики. Ведущий стремится поддерживать взаимодействие между участниками и развитие группы как социальной системы, активно используя для этого изобразительные средства и иные формы невербальной экспрессии.

Динамическая группа предполагает как индивидуальную, так и совместную изобразительную работу членов группы, а также их вербальную коммуникацию. Занятия имеют в основном трехчастную структуру и включают: (1) начало в виде подготовки группы к работе посредством краткого обсуждения, выяснения потребностей и состояния участников и выполнения упражнений невербального характера; (2) основную часть, содержание которой в значительной мере определяется материалом предыдущих занятий и начального этапа текущего занятия, но, как правило, включает индивидуальную или совместную изобразительную деятельность участников с последующим обсуждением процесса и результатов работы (3) заключительную часть, предполагающую подведение итогов и возможное планирование содержания следующего занятия.

В связи с различиями в составе и этапах работы такой группы в ходе занятий могут проявляться различные аспекты психического опыта участников, начиная с ранних переживаний и регрессивных позиций и заканчивая текущим опытом участников. Могут также проявляться переживания перинатального и трансперсонального уровней. Внутренние границы такой группы могут динамично меняться даже в ходе одного занятия. Идентификация участников с группой, друг с другом и психотерапевтом отличается значительной подвижностью. В то же время терапевтически используя регрессивные позиции участников, ведущий стремится поддерживать их психологическую автономность и самостоятельность, формирует групповую культуру с высокой степенью принятия участниками друг друга и ориентирует их на то, чтобы они брали инициативу в свои руки.

Большое влияние на групповую динамику при этой форме работы оказывает фактор художественной экспрессии. Он в значительной мере опосредует взаимодействие членов группы друг с другом, является важным условием выражения, контейнирования (удерживания), организации и осмысления внутриличностных, межличностных и общегрупповых феноменов и процессов. Изобразительная продукция в такой группе может заключать в себе множество разнообразных смыслов, связанных с индивидуальным, межличностным и групповым опытом участников. Это требует использования более сложных, многоуровневых интерпретаций.

В динамической группе быстро формируется определенная культура, проявляющаяся не только в действиях и высказываниях ее участников, но и в создаваемых ими художественных образах. Каждый из них начинает ощущать эту культуру, реагируя на работы других

членов группы и видя, как его работы влияют на них и группу в целом. Создаваемые художественные образы превращаются в наглядные, красноречивые свидетельства разных аспектов личного и группового опыта.

Групповая динамика проявляется не только в действиях и вербальных транзакциях участников, но и в меняющемся характере изобразительной продукции. Различные связанные с ней феномены в значительной мере опосредуются и усиливаются изобразительной деятельностью, благодаря чему может иметь место эффект «накопления» опыта в изобразительной продукции группы и его коллективного отреагирования в экспрессивных действиях. Все это обуславливает необходимость «удерживания» чувств участников группы в границах психотерапевтического пространства. Основными факторами «удерживания» при этом являются:

- личная психологическая подготовка и высокий уровень профессионализма ведущего, позволяющие ему гибко реагировать на происходящее, сохраняя при этом достаточный самоконтроль и объективность оценок;
- достаточно высокий исходный уровень коммуникативных, эмоционально-волевых и когнитивных возможностей членов группы, наличие у них достаточных механизмов психологической защиты и способности чувствовать свои личные границы и границы других участников, не нарушать групповые границы и правила работы;
  - закрытый характер группы;
  - устойчивые и предсказуемые пространственно-временные границы занятий;
  - адекватная организация среды, гарантирующая приватность и конфиденциальность, физическую и психологическую безопасность и широкие возможности для художественно-экспрессивной деятельности;
  - высокая личная мотивация к арт-терапевтической работе, возможным психологическим изменениям и росту;
  - заключение группового соглашения;
  - применение ведущим определенных техник изобразительного и вербального характера (включая «отзеркаливания» и интерпретации), ориентированных на индивидуальные, межличностные или общегрупповые мишени.

Практика работы динамических арт-терапевтических групп допускает различную степень вовлеченности самого психотерапевта в групповые процессы, в том числе его непосредственное участие в изобразительной деятельности в форме создания индивидуальных или коллективных работ, в играх, драматических постановках и иных видах творческой деятельности. Во многих случаях это позволяет ему не только сформировать те или иные ролевые модели, но и почувствовать то, что происходит в группе, и взаимодействовать с ее членами, используя как вербальную обратную связь, так и средства сенсомоторной, проективно-символической и драматической ролевой коммуникации.

В ходе работы динамической арт-терапевтической группы проявляются все факторы психотерапевтического воздействия, характерные для арт-терапии, – фактор художественной экспрессии, фактор психотерапевтических отношений и фактор интерпретации и вербальной обратной связи. Однако их проявления в такой группе во многом отличны от проявлений в индивидуальной арт-терапии.

Динамическая группа подходит главным образом для работы с клиентами с пограничными психическими расстройствами, малопрогрессирующими формами эндогенных психозов, непсихотическими расстройствами вследствие органического заболевания или дисфункций головного мозга, аддиктивными расстройствами. Она также может проводиться с

клинически здоровыми лицами с проблемами психологического характера и в целях личностного роста.

### **3.2.2. Тематическая арт-терапевтическая группа**

Работа тематической группы в меньшей мере, чем динамической, опирается на фактор групповой динамики и предполагает больший контроль за содержанием (тематикой) занятий со стороны ведущего. Нередко основой деятельности таких групп выступает определенный, заранее составленный тематический план, в котором могут быть обозначены конкретные сферы значимых отношений участников, индивидуального, межличностного или группового опыта и возможные проблемы. В плановом порядке они могут быть затронуты и проработаны на основе применения определенных техник изобразительного и неизобразительного характера. План разрабатывается ведущим с учетом состава, запросов и задач работы группы, но может и должен согласовываться с группой и, в случае необходимости, корректироваться на основе анализа ее меняющегося состояния.

Структура занятий тематической группы, как правило, трехчастная. В большинстве случаев тематические группы являются полуоткрытыми. Отдельные участники группы могут прекращать работу на том или ином ее этапе. В то же время в группу могут включаться новые члены. Это возможно в силу того, что работа тематической группы не имеет той динамики, которая свойственна динамической группе. Вместе с тем групповая динамика может в большей или меньшей степени присутствовать. В целом вполне возможны смешанные или промежуточные формы групповой работы, сочетающие в себе характеристики динамических и тематических групп. Многое определяется стилем ведения занятий, умением ведущего чувствовать и понимать группу и ориентироваться на ее динамику. Тематический подход не исключает возможности работать с групповой динамикой, если темы имеют группориентированный характер. Сильно, центрированный на группе, создает большие возможности для развития естественной динамики группы, в то время как подход, центрированный на ведущем, может ее сдерживать.

Как правило, тематическая группа работает непродолжительное время, ориентируясь на решение тех или иных конкретных проблем ее участников. Эти проблемы могут быть следствием не только внутриспсихических конфликтов участников, но и внешних, например, социальных или эндогенных факторов и не столь явно затрагивать сферу межличностных отношений участников. Работа с такими проблемами на основе групповой динамики при этом вряд ли будет оправданна.

Теоретико-методологической основой тематических групп может выступать не только психодинамический подход в групповой психотерапии, но и когнитивно-поведенческая модель, художественно-образовательный (арт-педагогический) подход.

Тематический подход в групповой арт-психотерапии может применяться в работе с широким кругом клиентов. В зависимости от состава группы и задач работы могут применяться те или иные темы и виды деятельности, ориентированные на развитие различных навыков – познавательных, поведенческих, регулятивных, коммуникативных, изобразительных и др. Тематические арт-терапевтические и тренинговые группы работают более короткое время, чем динамические или студийные. Иногда они даже организуются как группы однократных встреч или собираются всего несколько раз.

С учетом состава и задач работы тематической группы, а также используемых техник и видов изобразительной деятельности, она может предполагать проявление различных факторов психотерапевтического воздействия. В то же время действие фактора художественной экспрессии и разнообразные, связанные с групповой динамикой феномены при этой форме групповой арт-терапии менее проявлены, чем при использовании динамического подхода.

Позиция психотерапевта при использовании тематического подхода отличается большей директивностью по сравнению с динамической группой. Он выступает в качестве лидера, организует деятельность членов группы, нередко выступает инициатором выдвижения тем и проведения дискуссий, активно использует собственные комментарии, предоставляет информацию и, в случае необходимости, использует иные формы вербального и невербального воздействия на группу и конкретных участников.

### **3.2.3. Интерактивный потенциал студийной арт-терапевтической группы**

Слово «открытая» в названии этой группы означает, что она, как правило, не имеет постоянного состава. «Студийной» такая группа называется, поскольку напоминает работу в художественной мастерской. Эта работа предполагает, что большая часть времени отводится на самостоятельные занятия посетителей изобразительной деятельностью в присутствии и в сопровождении ведущего. Хотя обучение техникам изобразительного искусства, как правило, не проводится, в условиях студии, однако, возможны элементы художественно-образовательного подхода. Современные арт-терапевтические студии, предназначенные для групповых занятий, являются наследием пионеров арт-терапии из числа художников и педагогов изобразительного искусства, применявших его как форму творческой реабилитации, занятости и фактор гармонизации и развития личности ребенка.

Как уже было отмечено, студийные арт-терапевтические группы не являются психотерапевтическими, поскольку целенаправленная работа с личностью участников занятий, клиническими и психологическими мишенями не осуществляется, а фактор групповых отношений и групповой динамики не привлекается. Это, конечно, не исключает того, что благодаря работе в такой группе могут достигаться определенные положительные эффекты, однако они являются в основном результатом проявления различных исцеляющих функций самого процесса изобразительной деятельности.

Сопровождая такие группы, ведущий может устанавливать индивидуальные отношения с каждым участником и, в случае необходимости, уделять ему внимание, оказывать эмоциональную поддержку, стимулировать, иногда обучать пользоваться изобразительными материалами и техниками. Возможны также индивидуальные или групповые обсуждения созданной продукции с комментированием содержания и стилистики работ и их воздействия на зрителей. Однако такие обсуждения не имеют систематического характера и не могут рассматриваться как аналог обсуждений и обратной связи, характерных для психотерапевтических групп. Внутриспсихическая, межличностная и общегрупповая динамика при этом не учитывается и не используется как значимый лечебный фактор. Трехчастная структура занятий, выполняющая важную организующую, защитную и фасилитирующую функцию в работе интерактивных групп, для студийных групп не характерна. Временные границы занятий имеют весьма относительный характер. Хотя время посещения студии, как правило, оговаривается, участники могут проводить в ней больше или меньше времени, ориентируясь на свои потребности.

Студийная работа предполагает свободную, демократичную атмосферу и использование ведущим преимущественно недирективного подхода. Он, как правило, предоставляет присутствующим полную свободу действий в плане выбора материалов, форм и содержания изобразительной деятельности, тем самым создавая значительные возможности для формирования индивидуальных стилей и направленности творческой деятельности участников. Важное значение придается поддержанию высокого интереса к занятиям изобразительным искусством, обеспечивающему регулярность и длительность посещений и, благодаря этому,

достижению художественно-эстетических и лечебно-реабилитационных (абилитационных) результатов.

С учетом решающей роли фактора художественной деятельности при данной форме групповой арт-терапии от ведущего требуется хорошая подготовка в области изобразительного искусства и значительный художественный опыт. Не случайно, большинство ведущих студийных групп, как в прошлом, так и в настоящее время, являются художниками или арт-педагогами. Хотя многие из них имеют также арт-терапевтическое образование, в некоторых случаях со студийными группами работают художники, не имеющие такой подготовки. Есть также примеры совместного ведения студийных занятий художниками и арт-терапевтами.

Работа в такой группе предполагает меньшую психологическую нагрузку и меньшие риски фрустрации участников, связанные с межличностным взаимодействием, конфронтационными моментами и обратной связью, характерными для динамических и тематических групп. Для работы в таких группах также не является важным владение речью и желание вступать в прямой контакт с окружающими. При желании участники могут общаться относительно свободно, не мешая при этом творческим процессам друг друга. Поэтому данная форма групповой работы является оптимальной для пациентов с хроническими психическими заболеваниями и физическими ограничениями, дефицитом коммуникативных навыков. В то же время она может быть использована при работе со многими другими категориями клиентов – как достаточно мягкая и эффективная форма поддержки и стимуляции творческих и коммуникативных навыков, социализации, занятости, заполнения экзистенциальной пустоты и обретения смысла существования.

Значителен потенциал данной формы работы применительно к детям и подросткам, в том числе имеющим нарушения в развитии, поведенческие, психогенные расстройства. К. Кейз и Т. Дэлли отмечают, что студийная арт-терапевтическая группа может быть весьма удачной формой работы с детьми: «С детьми можно работать весьма успешно, используя возможности студии для художественных занятий и игр. Дети быстро идентифицируют себя с группой, приходя сюда в определенный день и час. Каждый погружается в индивидуальную работу над своей темой. Арт-терапевт перемещается от одного ребенка к другому, останавливаясь и разговаривая с детьми. Иногда дети сами к нему обращаются. Дети могут образовывать пары и мелкие группки, создавая хорошую рабочую атмосферу высокой взаимной терпимости, что позволяет большинству из них успешно завершать свою работу без каких либо помех. Такая группа может быть весьма ценной для развития социальных навыков детей, поскольку они чутко воспринимают ту модель отношений и терпимости к различиям, которую демонстрирует арт-терапевт» (Case, Dalley, 1992, p. 199).

Более пристальное изучение опыта работы студийных групп и их развития как одной из форм групповой арт-терапии за последние десятилетия позволяет отметить рост интереса со стороны их ведущих к использованию групповых факторов (если, конечно, ведущие имеют арт-терапевтическое образование). Повышение такого интереса можно объяснить ростом профессионализма ведущих, усиливающейся интеграцией разных форм и методов работы и стремлением повысить терапевтическую эффективность студийных групп, не утрачивая при этом их тесной связи с художественной практикой.

Интересным примером использования групповых исцеляющих факторов в работе студийной группы является деятельность Ш. Макниффа (McNiff, 1992, 2004). Его метод работы с группой характеризуется соединением студийного подхода с элементами динамического подхода. Последний, однако, используется им нетрадиционным образом, что проявляется, например, в отказе от интерпретаций. Взамен традиционных форм интерпретирования индивидуальных, межличностных и групповых процессов Макнифф использует разные виды «творческих интерпретаций» изобразительной продукции самими участниками – сочинение историй, фантазирование (визуализация) и исполнение перформансов на

основе художественных работ, общение (диалог) с образами и другие дополнительные виды творческой активности.

Свой метод работы с группами Макнифф называет «поэтически-визионерским» и рассматривает его как результат объединения некоторых форм коллективной исцеляющей практики, характерных для народного искусства и шаманской традиции, с либеральным, ориентированным на свободное творческое самовыражение подходом к занятиям изобразительным искусством из новейшей американской и европейской практики. Характеризуя некоторые признаки шаманской традиции в своей работе, он делает акцент на использовании всего спектра средств творческого самовыражения – музыки, движения, визуальных образов, объектов, масок. Другим таким важным шаманским признаком он считает коллективный характер творчества. «История подтверждает, – пишет он, – ценность сотрудничества в творческом процессе. Наши представления о художнике-индивидуалисте, творящем в полном одиночестве и вне общества, в сущности, игнорируют опыт истории искусства. Возвращение шаманской традиции связано с верой в человеческое сообщество... Склонность к созданию шаманских сообществ участников творческого акта сохраняется в наших генах и ожидает момента своего проявления» (McNiff, 1992, p. 23).

Подчеркивая коллективный характер творчества в шаманской традиции и анализируя свой опыт ведения групп, Макнифф отмечает: «Работа вместе с другими в группе создает особую энергию, отличную от той, которая появляется в процессе разговора. Душа „говорит“ с душой через процесс создания образов, и члены группы по-особому чувствуют лидера» (там же, p. 23).

Несмотря на то, что деятельность Макниффа вызывает в среде арт-терапевтов неоднозначную реакцию (Tipple, 1995), она отражает стремление современных специалистов в области групповой арт-терапии как можно полнее раскрыть ее потенциальные возможности, дополняя, в частности, индивидуальную творческую работу участников студийных групп их творческим взаимодействием.

### 3.3. Стили ведения и особенности фасилитации арт-терапевтических групп

Подводя итоги своего анализа различных моделей динамически-ориентированных арт-терапевтических групп, Уоллер отмечает их отличия от некоторых иных вариантов групповой психотерапии, в частности, психодраматических и гештальт-терапевтических групп. Она, в частности, пишет, что «ведущие аналитической и интерперсональной групп имеют много общего. Они не пытаются „вести“ группу как гештальтисты или психодраматисты. Аналитический лидер интерпретирует коммуникации в группе и ее социальную матрицу, оставаясь при этом, по возможности, на заднем плане и помогая группе взять на себя ответственность за групповой процесс» (Waller, 1993, p. 43). В то время ведущий, придерживающийся интерперсональной модели, фасилитирует межличностное взаимодействие и выступает в качестве равноправного участника вместе с другими членами группы. Как было показано при описании метода групповой работы, созданного Макниффом, ведущий также может занимать более активную творческую позицию, создавая свою продукцию, для того, чтобы стимулировать группу, лучше чувствовать и понимать ее, включаясь в общее «групповое поле».

В последние годы активно обсуждаются различные варианты и стили ведения арт-терапевтических групп и их относительные преимущества. Используя модель групповой интерактивной арт-терапии М. Розаль подчеркивает: «Групповая арт-терапия – эффективная терапевтическая модальность, поскольку позволяет проводить лечение в социальном контексте. Группа обеспечивает сравнительно большие возможности для межличностного научения, нежели индивидуальная психотерапия» (Розаль, 2007, с. 17). Она также подчеркивает ценность сочетания индивидуальной и групповой художественной практики в процессе групповой интерактивной арт-терапии, что позволяет более полно использовать терапевтический потенциал группы.

Хорошей иллюстрацией групповой художественной практики в форме создания групповой фрески пациентами психотерапевтического дневного стационара с ограниченным сроком лечения является статья британского арт-терапевта П. Моттрем (2007). Проводя групповую арт-терапию на основе аналитического подхода и работая в характерной для большинства британских арт-терапевтов недирективной манере, ведущая не торопила события, а следовала за динамикой естественного развития группы.

Представители разных моделей и школ групповой арт-терапии используют разные стили ведения групп. Британские арт-терапевты (McNeilly, 1983, 1987; 1990; Waller, 1993) неоднократно критически обсуждали мотивы и стиль ведения групп. В их публикациях рассматриваются установки ведущих и модели практики, связанные с разными ролями ведущих и разной степенью их директивности. Большинство британских авторов подчеркивают, что ведущий должен быть открыт к принятию групповых конфликтов, которые актуализируются при использовании подхода, центрированного на группе, и находят свое выражение в изобразительной продукции участников. Британские арт-терапевты также подчеркивают важность наличия достаточного времени для проработки чувств, связанных с межличностными отношениями в группе.

В противоположность им, многие американские арт-терапевты используют модель групповой психотерапии, центрированную на ведущем (Wadson, 1980; Landgarten, 1981; Rhyne, 1996, 2001). Они ориентируются на решение конкретных терапевтических задач за сравнительно короткие сроки, более четко определяют мишени для терапевтического воздействия, проявляют директивность и иногда применяют техники когнитивной, поведенческой психотерапии и гештальт-терапии.

Работая с пациентами с пограничными расстройствами, Г. Макнилли (McNeilly, 1987) использовал групповую аналитическую арт-терапию, считая, что именно такой подход позволяет в наибольшей мере учесть разные аспекты группового опыта. В процессе работы с группой он не предлагает тем и предоставляет ее участникам самостоятельно выбрать направление и содержание работы. Занимая недирективную позицию, Макнилли помогает участникам группы преодолеть зависимость от ведущего и наблюдает за групповым процессом. Полагая, что интерпретация ведущим поведения и изобразительной продукции отдельных участников лишь усиливает их зависимость от него, Макнилли отдает предпочтение общегрупповым интерпретациям. Он стремится сформировать у членов группы активную позицию и показать, что они вправе, как и он, комментировать групповые феномены и процессы. Он убежден, что основная функция ведущего заключается в том, чтобы поддерживать групповую динамику, а не отдельных членов группы. По мнению Макнилли, подобный подход наиболее целесообразен при работе с невротическими расстройствами, психотерапевтическими сообществами, амбулаторными психиатрическими пациентами, персоналом учреждений и для арт-терапевтического тренинга.

В то же время, Р. Торнтон (Thornton, 1985) критикует Макнилли за то, что для такого подхода характерен замедленный темп работы и высокий показатель преждевременных terminаций. Он считает, что недирективная позиция ведущего, его отказ от активных интерпретаций и отсутствие тем могут негативно восприниматься теми участниками группы, которые нуждаются в поддержке со стороны психотерапевта. Торнтон утверждает, что использование тем и предложение участникам группы применять определенные материалы помогают создать в группе атмосферу творческой игры. Структурирование деятельности участников группы, по его мнению, позволяет ведущему сфокусировать внимание участников на наиболее важных вопросах.

Х. Гринвуд и Дж. Лейтон (Greenwood, Layton, 1987) считают, что мягкое структурирование деятельности группы, когда темы периодически и осторожно предлагаются психотерапевтом, оказывается продуктивным. Он может занимать гибкую позицию и, вместо того чтобы предлагать участникам группы готовые темы, стимулировать их к их выбору. По поводу достоинств разных моделей и стилей ведения арт-терапевтических групп Кейз и Дэлли пишут: «Конечно же, в течение одной рабочей недели арт-терапевт может использовать сразу несколько подходов, применяя их с разными группами клиентов, и многое будет зависеть от контекста их применения» (Case, Dalley, 1992, p, 222).

Основные функции ведущего, независимо от его приверженности к той или иной модели работы с интерактивной арт-терапевтической группой Уоллер (Waller, 1993) видит в следующем:

- защита групповых и индивидуальных границ участников (путем отбора и подготовки членов группы, оборудования помещения и т. д.);
- создание групповой культуры, для которой характерна высокая степень взаимной терпимости и принятия участниками группы друг друга;
- содействие пониманию членами группы происходящих в ней событий и процессов (вытекающих из групповой динамики);
- напоминание членам группы о достигнутых терапевтических эффектах и положительных изменениях;
- стимулирование участников к принятию на себя ответственности за свои поступки;
- предвидение (и, по возможности, предупреждение) нежелательных проявлений, таких как виктимизация, бессознательное отреагирование, преждевременные terminации отдельных участников, некорректная обратная связь и др.;

- вовлечение пассивных и молчаливых участников в творческую деятельность и дискуссии;
- усиление групповой сплоченности путем подчеркивания имеющегося между членами группы сходства;
- укрепление в участниках группы надежды на положительные изменения.

### **3.4. Специфика и преимущества арт-терапевтических групп**

Различные варианты и модели арт-терапевтических групп за последние годы были активно использованы зарубежными (Liebmann, 1986, 1990, 1993; McNeilly, 1983, 1987, 1990; Rhyne, 1996, 2001; Strand, 1990; Thornton, 1985; Wadeson, 1980; Waller, 1993) и отечественными специалистами (Копытин, 2001, 2002, 2003, 2011, 2014; Лебедев, 2006; Свенцицкая, 2006). В то же время актуальной остается задача осмысления специфических особенностей арт-терапевтических групп и их отличия от групп вербальной психотерапии. Как и в любой психотерапевтической группе в интерактивной арт-терапевтической группе также происходит взаимодействие между участниками и разворачиваются процессы внутриличностного, межличностного и общегруппового уровней, но основным средством группового взаимодействия и отражения этих процессов выступают художественные средства.

По мнению Уоллер (Waller, 1993), групповая вербальная психотерапия является гораздо более ортодоксальным психотерапевтическим направлением, чем арт-терапия. Поэтому отношение работающих с группами арт-терапевтов к теории и практике вербальной групповой психотерапии является неоднозначным и порой весьма критическим. Арт-терапевты считают, что им необходимо развивать свое понимание арт-терапевтических групп и их отличий от групп вербальной психотерапии, а не пытаться следовать сложившимся концепциям и схемам профессионального поведения при работе с группами. С. Скейфи пишет, что «требуется еще очень много усилий для того, чтобы изучить взаимодействие вербальной психотерапии как системы со своим набором норм, ценностей и традиционных представлений с изобразительной деятельностью как особой системой. Межличностное научение, например, предполагает прямое взаимодействие одного пациента с другим, в то время как изобразительная деятельность требует индивидуальной работы, при которой внимание пациента отвлечено от других членов группы» (Скейфи, 2001, с. 96).

Хотя активная вербализация опыта участия в группе также имеет место, на протяжении значительных промежутков времени вербальная коммуникация в арт-терапевтических группах дополняется или заменяется невербальной. Это не может не влиять на групповое взаимодействие, глубину и качество контакта участников с внутренними процессами психики и друг с другом. С одной стороны, изобразительная деятельность членов арт-терапевтической группы (в особенности, если используются индивидуальные формы работы) может поддерживать их психологическую автономию, защищать их личные границы и давать возможность более глубокого контакта с внутриспсихическими процессами и их выражения в визуальной форме с неизбежным снижением активности контактов с другими членами группы. С другой стороны, в группе могут быть использованы различные виды совместной работы (парной, микрогрупповой или общегрупповой), позволяющие ослабить контакт с внутренними процессами и активизировать внешние контакты.

В зависимости от соотношения видов деятельности внутриличностной или межличностной направленности в арт-терапевтической группе могут поддерживаться те или иные тенденции, связанные с проявлением разного опыта и форм реагирования, обусловленных, например, регрессивными или прогрессивными (зрелыми, просоциальными) позициями. Признавая различия в характере психотерапевтических групп, использующих изобразительные средства (продиктованные их составом, используемой моделью, стилем ведения занятий и иными факторами), можно отметить следующие основные особенности и преимущества арт-терапевтических групп:

1. Групповая динамика в арт-терапевтических группах развивается более медленно, по сравнению с группами вербальной психотерапии, что может быть обусловлено тем, что активное взаимодействие между участниками чередуется с периодами индивидуальной деятельности.

2. В то же время за счет индивидуальной деятельности имеются большие возможности для актуализации и привнесения в групповой процесс внутриличностного материала в преобразованной, сублимированной форме. Это дает возможность его более безопасного обсуждения и интеграции в силу того, что он отражает личность и ее внутренние процессы не буквально, а посредством визуальных символов и метафор. Данное обстоятельство также обеспечивает дистанцирование от личного материала и его превращение в трансперсональный феномен.

3. Участники могут расширить репертуар способов коммуникации, дополняя вербальный способ визуальным и иными способами невербальной экспрессии, тем самым осваивая и используя альтернативные или дополнительные модели поведения и самовыражения, смягчая характерные для повседневной жизни ригидные поведенческие схемы либо компенсируя их недостаточное развитие или деградацию (обусловленные нарушениями в развитии, психическими или неврологическими заболеваниями). Тем самым создаются дополнительные возможности для социализации или сохранения достаточно высокого уровня социальной интеграции даже в том случае, если речь и иные традиционные инструменты социального контакта не сформированы или утрачены.

4. Творческая активность в группе сопровождается стимуляцией тех психических (нейропсихологических, нейрофизиологических) процессов, которые пробуждают скрытые (по крайней мере, для современного, «ментализированного» и слишком индивидуализированного человека) свойства и способности, включая как базовые, архаические модели достаточно эффективного просоциального поведения, так и новые модели, связанные с экологическими, транскультурными и трансперсональными личностными ориентациями. Это также поддерживает проявление интуитивных способностей и тех психических процессов, которые отвечают за настройку на «полевые» феномены (микросоциального, макросоциального, экологического, планетарного уровней).

5. Использование изобразительных материалов и создание художественной продукции способствуют объективации внутриличностных, межличностных и общегрупповых процессов и феноменов, сохранению и рефлексии группового опыта посредством создаваемой продукции.

6. Игровые аспекты изобразительной деятельности в группе создают непринужденную атмосферу, являются источником переживания положительных эмоций, обеспечивают значительные возможности для отреагирования сложных, трудновербализуемых переживаний, выступают фактором положительного подкрепления, необходимого для удерживания участников в группе и повышения их мотивации к совместной работе.

7. Использование факторов искусства и творческой активности позволяет в большей степени задействовать личные и групповые ресурсы. Они могут оказать решающее влияние при актуализации и проявлении проблем экзистенциального, духовного характера, а также при возникновении трудноразрешимых ситуаций (связанных с групповыми или внешними отношениями), способствуя постижению более глобальных смыслов существования, заполнению экзистенциальной пустоты.

8. Арт-терапевтическая группа способствует персонификации (самоутверждению) участников не только и не столько за счет проявляемых в группе социальных умений и ролей, сколько за счет их творческой продуктивности.

9. Эстетический опыт, создание и переживание прекрасного в арт-терапевтической группе создает мощную основу для объединения, сплочения участников, хотя также может выступать одним из конфликтогенных факторов.

10. Арт-терапевтическая группа может рассматриваться как творец культурной среды. Такая среда постепенно формируется в терапевтическом пространстве, но может затем перемещаться в среду внешнюю, обогащая и изменяя природный и культурный ландшафт. Опыт совместной творческой деятельности становится фактором микро– и макросоциальных изменений, формирует и поддерживает новую, более активную и ответственную позицию участников группы, по сути, меняет их идентичность.

Принимая во внимание данные особенности арт-терапевтических групп, можно признать, что их терапевтический потенциал весьма значителен. Они могут быть использованы не только при пограничных расстройствах и в целях личностного роста, но и для работы с теми категориями клиентов, которые обычно признаются неподходящими для групповой вербальной психотерапии. К ним можно отнести детей с нарушениями в развитии, в том числе с аутизмом, лиц преклонного возраста с разной степенью деменции, пациентов с аддиктивными и личностными расстройствами, прежде всего, дефензивного спектра, психозами с незначительно или даже умеренно выраженной дефицитарной симптоматикой, психогенными расстройствами, включая посттравматические состояния, а также лиц с расстройствами идентичности и многих других.

## **Глава 4. Арт-терапевтическая среда, изобразительные средства и материалы**

### **4.1. Арт-терапевтический кабинет**

#### **4.1.1. Арт-терапевтический кабинет как особое пространство**

Вместе с развитием арт-терапии формировались нормы, определяющие условия работы, организации среды и ее оснащения различными изобразительными средствами и материалами. Несмотря на многообразие форм и моделей индивидуальной, групповой и семейной арт-терапии, а также значительные различия между клиентами и их группами сформировались общие требования к оборудованию арт-терапевтического кабинета. В последние годы также признается, что целостная среда арт-терапии является важнейшей предпосылкой и одним из факторов лечения (Fenner, 2011; Henley, 1995; Kalmanowitz, Lloyd, 2002, 2005; Killick, 2000; Malchiodi, 1998, 1999; McNiff, 2004; Moon, 2002, 2010; Wood, 2000). Эти требования являются следствием осмысления арт-терапевтами представления о психотерапевтическом пространстве и их попыток объединить его с представлениями об условиях, необходимых для занятий изобразительной деятельностью.

Психотерапевтическое пространство рассматривается как особая среда, в которой происходит взаимодействие между психотерапевтом и клиентом. Оно имеет психоаналитическое происхождение и обозначает не только конкретные особенности организации физической среды психотерапевтического кабинета, но и ту особую атмосферу, которая создается в этом кабинете за счет целого ряда факторов. Как отмечает М. Хан, «уникальным достижением Фрейда является разработка и использование им психотерапевтического пространства и дистанции между пациентом и аналитиком. В этом пространстве и при этой дистанции взаимоотношения между ними становятся возможными лишь посредством их способности поддерживать иллюзии и работать с ними. Фрейд сформулировал понятия пространства, времени и процесса, которые потенцируют иллюзии и тем самым позволяют активизировать символический дискурс» (Khan, 1974). Хан также поясняет, что иллюзии являются предпосылкой переноса. Следует добавить, что термин «иллюзии» в психодинамическом смысле обозначает определенные изменения в восприятии клиента, в частности, те, которые связаны с психологическим регрессом, что является необходимым условием для актуализации и проявления материала бессознательного.

Понятие психотерапевтического пространства предполагает также достаточную степень приватности и психологической защищенности в отношениях аналитика и клиента, что позволяет развивать психотерапевтический процесс. Дополнительными условиями приватности и психологической защищенности и, соответственно, необходимыми предпосылками для создания психотерапевтического пространства, помимо физической и символической среды кабинета, в аналитической работе традиционно являются:

- заключение психотерапевтического контракта, регламентирующего цели и условия психотерапевтической работы, ее оплату, частоту и продолжительность сессий и другие моменты;

- устойчивые и предсказуемые пространственно-временные границы психотерапевтической работы, которые создаются путем использования постоянного места и времени для проведения сессий и их регулярностью на протяжении всего психотерапевтического процесса;
- личность психотерапевта.

В организации психотерапевтической среды в аналитической психотерапии большое значение придается ее функциональности, связанной с возможностью ведения аналитического диалога и работы со свободными ассоциациями. Для этого, как правило, достаточно кушетки и кресел. Наличие дополнительных предметов, в том числе полок с книгами, арт-объектов сведено к минимуму. Таким образом поддерживается «нейтральность» среды и возможность погружения клиента во внутриличностный материал. Вместе с тем могут присутствовать определенные элементы, позволяющие клиенту ощущать психотерапевтическое пространство как среду особого рода, отделенную от привычной среды и обладающую способностью усиливать символизацию и проекции.

Известный британский аналитически-ориентированный арт-психотерапевт Д. Шаверьен так описывает арт-терапевтический кабинет: «Что бы здесь ни происходило, оно будет в той или иной степени отделено от повседневной жизни и являться предметом для наблюдения. Это имеет очень большое значение, так как без ощущения пространства, вынесенного за пределы внешнего мира, будет сохраняться склонность пациента действовать и реагировать неосознанно, то есть так же, как он вел себя в повседневной жизни. Наличие же определенных границ обеспечивает возможность для поддержания психотерапевтической дистанции. Это также позволяет клиенту отстраниться от внешнего мира, что дает ему возможность психологического регресса и функционирования в качестве наблюдателя за своим собственным поведением» (Schaverien, 1989, p. 149).

Шаверьен также ввела понятие «рамки» применительно к арт-терапевтическому опыту и кабинету арт-терапии. Она рассматривает физическую среду кабинета и похожие на ритуалы действия арт-терапевта во время сеансов в качестве метафор внешней рамки. Она отмечает, что внутри этой внешней рамки есть еще одна – внутренняя рамка, организующая создание образов и психические процессы клиента. Она сравнивает данный процесс организации опыта путем его помещения в рамку с видом из окна, благодаря чему на наше восприятие реальности также накладывается рамка. Такая рамка акцентирует внимание на том, что в конкретный момент времени представляет для клиента наибольший интерес. Подходящая, умело организованная среда арт-терапии формирует ощущение «расслабленного ожидания, повышенной восприимчивости, блуждающего сознания и нефокусированного зренья» (Schaverien, 1992, p. 68).

В отличие от вербальной психотерапии и консультирования, в частности, психоанализа, арт-терапия предполагает не только использование визуальных, символических средств во взаимодействии клиента со специалистом, но и его обязательное вовлечение в изобразительную деятельность. Поэтому с самого начала развития данного направления арт-терапевты уделяли преимущественное внимание тому, чтобы в среде было все необходимое для художественной практики. При этом представители «лечебного изобразительного искусства» стремились следовать традиционным для арт-студий (арт-ателье) правилам организации и оснащения среды, в то время как арт-терапевты, помимо условий и средств для изобразительной деятельности, стремились организовать в кабинете место для общения с клиентами в духе аналитической беседы, а арт-терапевты, работавшие с группами, – также и организовывать места для групповых обсуждений и иных, неизобразительных видов деятельности.

По мере развития арт-терапии специалисты стали также обращать внимание на то, какое символическое значение имеют различные визуально-пластические элементы целостной среды кабинета, включая художественные средства и материалы, создаваемую клиентами продукцию, а также не связанные напрямую с изобразительной деятельностью предметы. Кейз и Дэлли отмечают, что «каждый человек, входящий в арт-терапевтический кабинет, использует его по-своему и устанавливает уникальные отношения с арт-терапевтом. И хотя одно и то же пространство будет восприниматься различными клиентами по-разному, оно всегда будет играть одинаковую роль, являясь не только фактическим местом пребывания клиента, арт-терапевта и изобразительных материалов, но и символическим пространством» (Case, Dalley, 1992, p. 20).

К. Вуд (Wood, 2000) полагает, что арт-терапевтическая студия должна приглашать ее посетителей включаться в процесс изобразительной деятельности. Д. Энли (Henley, 1995) считает, что, переступая порог арт-терапевтического кабинета и реагируя на его среду, клиент формирует определенные ожидания, фантазии и предположения. К. Малкиоди (Malchiodi, 2002) подчеркивает роль визуального окружения в создании особой атмосферы арт-терапевтического кабинета, чем-то похожего на святилище.

П. Феннер пишет, что «Арт-терапевтический кабинет может восприниматься как психологическое отражение интимности, опирающееся на опыт сенсорного восприятия... Клиенты могут обращать внимание на разные элементы среды, начиная с одежды арт-терапевта и заканчивая тем, какое ощущение создает находящаяся в кабинете мебель. Визуальное восприятие предполагает учет материальных аспектов среды и ее влияния на находящихся в ней людей... Хотя арт-терапия уделяет повышенное внимание визуальному восприятию... можно признать, что мы одновременно „пропускаем“ среду через разные каналы чувственного восприятия» (Феннер, 2014, с. 45).

Профессиональные арт-терапевты, как правило, характеризуются повышенной чувствительностью к восприятию визуальной среды и склонны воспринимать ее как символический индуктор, обладающий значительными потенциальными возможностями воздействовать на клиентов и предоставлять им материал для оформления их собственного опыта. Ссылаясь на теорию визуального восприятия Дж. Гибсон (Gibson, 1986) и стремясь осмыслить с позиций данной теории среду арт-терапии, Феннер также отмечает, что «среда обладает таким свойством, как способность субъективно присваиваться людьми. Она может становиться фактом нашего внимания, воспринимаясь не как субъект и не как объект, преодолевая границу субъективного и объективного... Таким образом, не имеет принципиального значения, создаем ли мы свой арт-объект или воспринимаем объект уже существующий, такой, например, как щетка, или стек, или определенная среда, как, скажем, вид из окна или картина на стене. Среда представлена как система объектов со значительным потенциалом присвоения разных качеств... Клиенты будут по-разному воспринимать в среде то, что имеет для них терапевтический потенциал и отвечает их потребностям. Клиенты являются активными субъектами, а отнюдь не пассивными реципиентами поступающей информации. Они извлекают из этой информации то, что им нужно» (Феннер, 2014, с. 45).

Повышенная чувствительность арт-терапевтов к восприятию элементов визуально-пластической среды кабинета также породила разные точки зрения на размещение визуального материала на стенах арт-терапевтического кабинета. С одной стороны, существует немало арт-терапевтов, считающих, что размещение какой-либо визуальной продукции (репродукций картин или оригинальных работ клиентов) на стенах крайне нежелательно, поскольку это будет затруднять нахождение клиентом аутентичных способов самовыражения. С другой стороны, есть специалисты, которые размещают в своем кабинете репродукции, отдельные работы клиентов и иные художественные или пластические объекты, но при этом стремятся учитывать их воздействие на участников арт-психотерапии.

Арт-терапевтическое определение психотерапевтического пространства весьма близко к понятию «игрового пространства» и «фасилитирующей среды» Винникотта. Понятием «фасилитирующая среда» он, как известно, обозначает ту особую атмосферу, которая создается матерью в ее отношениях с ребенком в первые два года его жизни и позволяет ребенку осваивать и использовать «переходные объекты». Благодаря этому он формирует большую психологическую независимость от матери и развивает способность к игре, творчеству и символической коммуникации. Арт-терапевтический кабинет и его оснащение могут рассматриваться поэтому как особое пространство для символической игры и творчества, в котором роль «переходных объектов» выполняют различные изобразительные материалы и даже предметы интерьера, такие, например, как отдельные висящие на стенах художественные репродукции или произведения, созданные посетителями кабинета (Case, 1998).

В создании атмосферы игры и творчества, столь необходимой для построения арт-терапевтического пространства, определенную роль играет недирективность подхода, предоставление клиенту значительной свободы действий и возможности контакта с внутренними переживаниями и фантазиями как основы художественной экспрессии. Также следует признать важным обозначение специалистом правил и условий эффективной работы. Арт-терапевт, в частности, дает понять клиенту, что тот может свободно пользоваться любыми изобразительными материалами и средствами, создавая из них все, что ему захочется, и что при этом результаты его изобразительной деятельности не будут оцениваться критически с точки зрения их формы и содержания. Арт-терапевт также может объяснить клиенту, что тот вовсе не обязан что-либо сразу изображать, но что будет приветствоваться любая его попытка отразить свои чувства и мысли в той или иной художественной форме, в любой момент, когда клиент будет готов это сделать.

Комбинация факторов, характерных для среды арт-терапии, позволило М. Аргайлу использовать для обозначения атмосферы арт-терапевтического кабинета понятие «творческой арены». Работая с детьми, он отмечает особую роль, которую играет поддержание в кабинете относительного порядка, хотя детям позволено вести себя там совершенно свободно и пользоваться материалами любым образом. Он пишет, что «кабинет находится в чистоте, поэтому, если ребенок его запачкает, это будет восприниматься как беспорядок, созданный им самим, и это ощущение будет резко контрастировать с его привычным ощущением общего беспорядка в детском коллективе. Таким образом, ребенок будет учиться создавать порядок из хаоса... реализуя свои творческие возможности... Все пространство арт-терапевтического кабинета является „творческой ареной“, на которой ребенок может преодолеть свои психические травмы и зажечься искрой творчества. Благодаря занятиям он обретает уверенность в себе, что позволяет ему решать свои проблемы, связанные с обучением, общением с членами своей семьи и сверстниками» (цит. по: Case, Dalley, 1992, с. 97).

Таким образом, сочетание разных признаков психотерапевтического пространства применительно к арт-терапевтической работе является уникальным и объединяет в себе как традиционное психоаналитическое представление о психотерапевтическом пространстве, так и представление об арт-терапевтическом кабинете как среды для изобразительной, творческой деятельности, игры и символической коммуникации. Во многих смыслах среда арт-терапевтического кабинета является пространством особого рода, что определяет ее значительные лечебно-коррекционные и развивающие возможности для клиентов.

В то же время было бы неправильным рассматривать психотерапевтическое (арт-терапевтическое) пространство как изолированное от внешней физической, природной, культурной и социальной среды. В отличие от периода «классической» психотерапии с характерным для него преимущественным вниманием к внутриличностным проблемам и бессознательным процессам клиентов, современный этап психотерапии характеризуется большим стремлением поддерживать взаимодействие между внутриспсихическими процессами клиентов и

внешними процессами окружающей среды. Как отмечает Мун, «хотя арт-терапевтический кабинет продолжает восприниматься как „убежище“, он в настоящее время уже не так удален от мест ежедневного пребывания пациентов... Каждый вечер в арт-студию приходят люди, чтобы принести в нее дыхание жизни, атмосферу сложного многокультурного сообщества, частью которого они являются. Нет ничего удивительного в том, что если искусство приходит в студию из внешней среды, оно во многом иное, чем было раньше... Современные пациенты не только рисуют и обсуждают продукты своего творчества, но и создают коллажи, демонстрируют и преобразовывают семейные фотографии, ухаживают за растениями, создают из ненужных вещей альтернативную одежду или украшения, пишут стихи, внимают лекциям, сопровождаемым показом слайдов, обмениваются рецептами приготовления блюд. Включаясь в процесс изотворчества, они имеют самые разнообразные мотивы. Они хотят не только получить новый опыт и развивать навыки, но и зарабатывать деньги, получать признание, выразить свое несогласие с социальной несправедливостью, заявлять о своей принадлежности к определенной группе, создавать подарки для друзей, изменять систему социальных отношений, выражать свои чувства и мысли» (Мун, 2011, с. 26).

### **4.1.2. Разные виды организации арт-терапевтической среды**

В настоящее время существуют следующие основные виды организации арт-терапевтической среды:

- арт-терапевтическая студия (арт-ателье),
- кабинет для индивидуальной арт-терапии,
- кабинет для интерактивной групповой арт-терапии,
- арт-терапевтическое отделение (арт-центр, арт-терапевтический центр).

Независимо от вида арт-терапевтического кабинета, к общим обязательным требованиям к их организации относятся:

- наличие одной или нескольких раковин, обеспечивающих свободный доступ к проточной воде,
- легко моющиеся поверхности (пол, стены, мебель),
- достаточное освещение (естественное и искусственное),
- наличие достаточно широкого набора различных изобразительных материалов,
- наличие мест для хранения изобразительной продукции; наряду с местом для текущего хранения создаваемых в ходе занятий работ (полки или отсеки с индивидуальными или групповыми портфолио) должно быть выделено специальное место для долговременного хранения работ (сюда, например, перемещаются работы клиентов после завершения курса арт-терапии).

*Арт-терапевтическая студия* является наиболее ранней формой специализированного помещения для художественных занятий пациентов. Этот вид организации арт-терапевтической среды напоминает мастерскую художника, рассчитанную по меньшей мере на несколько человек. Студия может иметь несколько мест для самостоятельной работы пациентов. Места эти представляют собой, как правило, столы со стульями. Дополнительно могут использоваться мольберты. В то же время нередко в студиях, помимо индивидуальных рабочих мест, имеется большой расположенный в центре стол, позволяющий нескольким участникам располагаться за ним для выполнения индивидуальной или совместной художе-

ственной работы, обсуждения ее процесса и результатов и просто для общения. Всевозможные изобразительные материалы (включая бумагу разных форматов, краски, восковые мелки или пастель, карандаши и т. д.) могут находиться как у каждого рабочего стола, так и в одном месте – например, на полках. В некоторых случаях материалы находятся на передвижных столиках на колесиках. Иногда в арт-терапевтической студии организуются отдельные зоны для специализированных видов изобразительной деятельности, например, лепки.

*Арт-терапевтический кабинет для индивидуальной работы*, как правило, включает рабочий стол для клиента, а также стол специалиста и стулья. Набор изобразительных материалов расположен либо на полках, либо на другом столе вблизи стола клиента. Иногда кабинет включает поднос с песком и расположенные на полках игрушки. В кабинете для индивидуальной арт-терапии, наряду с «рабочей зоной», иногда имеется «чистая зона», предназначенная для общения специалиста и клиента до или после изобразительной деятельности. «Чистая зона» может включать, например, два кресла или мягких стула.

*Кабинет для интерактивной групповой арт-терапии* (а также семейной арт-терапии) отличается от студии тем, что предназначен как для относительно автономной работы участников группы, так и для их более тесного вербального и творческого взаимодействия. Это возможно на определенных этапах занятия, а также в рамках отдельных занятий, например, во время «разминок», групповых дискуссий, обсуждения рисунков, создания групповых рисунков, реализации некоторых элементов полимодальной практики с использованием движения или ролевой игры.

В соответствии с этим кабинет либо должен допускать быструю перестановку мебели, например, для посадки участников в круг, либо иметь две по-разному оборудованные зоны – «рабочую» («грязную»), предназначенную для изобразительной работы, и «чистую», предназначенную для группового обсуждения. Ориентация столов в пространстве может неоднократно меняться не только на протяжении курса арт-терапии, но и отдельных занятий. Некоторые кабинеты групповой интерактивной арт-терапии оборудованы видеорекамерами, что обеспечивает возможность более объективной рефлексии процесса групповой работы и оценки ее результатов.

В кабинете для интерактивной групповой и семейной арт-терапии, так же как в студии, помимо индивидуальных рабочих мест, может присутствовать большой центрально расположенный стол, позволяющий нескольким участникам располагаться за ним для выполнения индивидуальной или совместной художественной работы, обсуждения процесса и результатов деятельности и групповых дискуссий.

*Арт-терапевтическое отделение (арт-терапевтический центр)* является специализированным комплексом помещений, предназначенных для разных форм арт-терапевтической работы, нередко проводимой одновременно с несколькими клиентами или группами. Оно также может включать помещения, предназначенные для разных видов креативной терапии искусством. Такие арт-центры стали создаваться сравнительно недавно, главным образом для пациентов крупных лечебных и реабилитационных учреждений, посетителей социальных центров, обслуживающих определенные территории, для осуществления комплекса различных арт-терапевтических программ, рассчитанных на разные группы населения. Наряду с несколькими помещениями, предназначенными для групповых и индивидуальных занятий и работы с семьями, в арт-терапевтическом отделении могут быть помещения для персонала (офис), комната для длительного хранения работ пациентов, кухня (чайный стол), а также места ожидания для лиц, прибывающих на занятия, или их родственников.

Рассмотренные разные виды организации арт-терапевтической среды предназначены главным образом для индивидуальных или групповых занятий арт-терапией как одним из специализированных видов психотерапии искусством, делающим акцент на изобрази-

тельной деятельности. В то же время в некоторых случаях в арт-терапевтической среде могут быть использованы иные виды терапии искусством, но не в виде самостоятельных терапевтических модальностей, а лишь их отдельных элементов, включенных в арт-терапевтический процесс. Проведение иных видов креативной терапии искусством – в виде самостоятельных терапевтических модальностей – требует оборудования соответствующих кабинетов – кабинета для занятий музыкальной терапией, драматерапией, танцевально-двигательной терапией. Требования, предъявляемые к организации среды и оборудованию таких кабинетов, иные, чем требования, предъявляемые к организации арт-терапевтической среды.

Если на базе какого-либо учреждения (например, больницы) создается целый комплекс таких специально оборудованных кабинетов, предназначенных для двух или более видов терапии искусством, принято говорить об отделении креативной терапии искусством – арт-центре. Он может представлять собой комплекс помещений, предназначенных не только для разных форм арт-терапии – индивидуальной, групповой, семейной, но и для иных специализированных форм креативной терапии искусством. В том случае, когда в одном и том же помещении проводятся разные виды терапии искусством, более корректно говорить о полифункциональном пространстве или кабинете для занятий терапией искусством.

## **4.2. Изобразительные средства и материалы**

### **4.2.1. Изобразительные средства и материалы как основа арт-терапии**

Изобразительная деятельность составляет основу арт-терапии как формы психологической помощи наряду с терапевтическими отношениями и использованием специалистом различных приемов фасилитации и личностно-ориентированной проработки визуального и психологического материала клиента. Помимо владения этими приемами, знание природы и свойств различных изобразительных материалов, форм и техник визуальной экспрессии и умение ими пользоваться является важнейшим профессиональным качеством арт-терапевтов, позволяющим в наибольшей мере использовать возможности арт-терапии. При недостаточности таких знаний и умений специалист будет придавать наибольшее значение «разговорной» части арт-психотерапевтического занятия, использованию различных техник, связанных с методами вербальной психотерапии и консультирования, и недооценивать живой опыт изобразительной деятельности клиента. Знание и понимание языка символических образов, характерное для представителей психодинамических школ психотерапии, а также владение проективными графическими тестами не может компенсировать дефицит художественного опыта психотерапевта, пытающегося освоить и применять арт-терапевтический подход.

Весьма показательным, что в отечественных арт-терапевтических публикациях, подготовленных психологами, педагогами, философами или врачами, вопросы материальной составляющей художественной деятельности практически не затрагиваются, а приводимые в них примеры созданных работ демонстрируют крайнюю обедненность художественной стороны арт-терапии. Доминируют рисунки, выполненные карандашами, а основной акцент при их обсуждении делается на содержании и почти не затрагивается форма. Характерное для ряда отечественных специалистов стремление использовать широкий диапазон разных форм творческого самовыражения, включая в терапевтический процесс не только изобразительные средства, но и движение и танец, ролевую игру, музыку или элементы литературного творчества, также не способствует их более глубокому чувству и пониманию природы и роли художественных материалов и изобразительной продукции. Возможно, давая клиентам дополнительные средства для самовыражения, такие специалисты не позволяют им получить и интегрировать более глубокий и качественный опыт художественной деятельности как одного из важнейших каналов проявления личности. Полиmodalность терапии во многих случаях уводит в сторону от художественной стороны терапии или даже ее обесценивает. Поэтому необходимость обогащения отечественной теории и практики арт-терапии знанием и опытом визуальных искусств очевидна. Без этого российская арт-терапия успешно развиваться не сможет.

Развитие арт-терапии как помогающей деятельности, основанной на использовании художественной экспрессии клиентов, неразрывно связано с развитием форм и приемов изобразительного искусства в XX – начале XXI в. За этот период существенно изменялось представление о том, что такое изобразительное искусство, какие функции оно выполняет и какие средства и материалы использует. Очевидно, что пионеры арт-терапии как из числа художников, так и психоаналитиков и врачей, практиковали ее в середине XX в., опираясь на бытующие в тот период в западном обществе формы художественной практики, испытывавшей на себе мощное влияние разных направлений авангардизма. Для них, в частности,

характерна экспрессивная направленность изобразительной деятельности, придание повышенного значения неограниченной творческой свободе и индивидуализму художника.

Это поддерживало в арт-терапии понимание изобразительного творчества как спонтанного, интуитивного процесса, который не должен считаться с внешними ограничениями, что вполне согласовывалось с психоаналитическим пониманием природы художественного творчества и форм его использования в психотерапии. Не случайно, пионер динамически-ориентированной арт-терапии Наумбург призывала к использованию простых для освоения и манипулирования материалов, таких как постерные краски и масляная пастель, позволявших клиентам (среди которых было немало детей с разными психиатрическими диагнозами и нарушениями в развитии) выражать себя более спонтанно. Это якобы давало большие возможности для выражения бессознательного.

Другой пионер западной арт-терапии, Крамер, в своей работе с детьми также отдавала предпочтение простым материалам как более подходящим для разных стадий развития ребенка. В то же время она считала, что подростки могут быть готовы применять новые изобразительные средства (Крамер, 1962). Начиная с ранних экспериментов Наумбург и Крамер, многие арт-терапевты предпочитали использовать в основном простые материалы. Они подчеркивали, что арт-терапия не направлена на развитие художественных навыков и создание качественной изобразительной продукции. Ее приоритетом является самовыражение и самопознание (Betensky, 1973; Wadeson, 1987). Тенденция упростить для клиентов задачу спонтанного самовыражения, необходимого для успешной аналитической терапии, привела, однако, к определенному обеднению художественной стороны западной арт-терапии, особенно того ее крыла, которое было больше связано с психоанализом и другими направлениями психотерапии (арт-психотерапия).

В отличие от представителей этого крыла арт-терапии, представители другого направления, именуемого терапевтическим изобразительным искусством, продолжали использовать богатые возможности художественной студии с большим разнообразием изобразительных техник и материалов. Однако и они, по мере профессионализации арт-терапии и усиления ее клинической, психотерапевтической составляющей, порой несколько упрощали подходы к изобразительной деятельности, привязывая ее к сфере так называемых «изящных искусств».

Все это заставило Уоллер признать: «Порой мне кажется, что мы как арт-терапевты слишком привязаны к краскам и бумаге не только потому, что у нас часто очень мало рабочего места, но и потому, что мы находимся в слишком сильной зависимости от традиционных представлений о том, что такое художественная студия и изобразительное искусство» (Waller, 1993, p. 55). Поддерживая опасения Уоллер, Мун (Moon, 2011) также отмечает, что арт-терапия по-прежнему слишком привязана к традиционным средствам и формам изящного искусства, особенно тем, которые связаны с графикой, живописью и скульптурой. В то же время она отмечает явные свидетельства растущего интереса к использованию терапевтического потенциала новых изобразительных средств и технологий, включая перформанс, изготовление костюмов, использование найденных предметов, интерьерный дизайн, ландшафтную скульптуру.

При использовании различных изобразительных средств и материалов арт-терапевты руководствуются как практическими, так и психологическими (психодинамическими) и клиническими соображениями. Таким образом, они могут создавать для клиентов среду с определенным набором экспрессивных возможностей, понимать художественную экспрессию клиентов как отражение их потребностей и психологических качеств (состояния, свойств личности, психических процессов), прогнозировать возможные эффекты использования техник и материалов. Исходя из знания природы и терапевтических возможностей

различных средств и материалов, арт-терапевты также могут рекомендовать некоторые из них клиентам.

Важными практическими соображениями при использовании художественных средств и материалов являются:

- их доступность и стоимость,
- качество и количество,
- функциональность и долговечность.

К психологическим (психодинамическим) и клиническим соображениям относятся:

- безопасность и соответствие уровню развития, сенсорным, физическим и когнитивным возможностям, психическому и физическому состоянию клиентов,
- влияние на психические процессы и состояние,
- адекватность культурному и гендерному опыту клиентов.

Доступность и стоимость изобразительного средства или материала связаны с возможностью их получения или приобретения. Как правило, используются сравнительно недорогие материалы, хотя многое определяется финансированием арт-терапевтических программ, связанным с конкретными базами и условиями их проведения (например, на базе бюджетных или частных учреждений). В учреждениях с ограниченным финансированием, как правило, требуется компромиссное решение по поводу качества материалов. Если есть недорогие материалы, но в достаточном количестве, клиенты могут быть готовы к более длительному посещению кабинета, даже после завершения начального курса арт-терапии (Moon, 2002).

Многие арт-терапевты считают, что высокая стоимость материала может сдерживать клиентов, особенно, если они знают или предполагают его стоимость. В то же время высокое качество материала делает его в глазах клиента более ценным и даже эксклюзивным и, соответственно, может как сдерживать экспрессию, так и способствовать более высокому качеству работы, повышению ее ценности в глазах клиентов и повышению их собственной самооценки. Низкое качество дешевого материала также может негативно сказываться на отношении клиентов к процессу и результатам деятельности.

Поскольку арт-терапевты чаще ориентируют клиентов на процесс, а не на создание конечного продукта изобразительной деятельности, качеству материалов обычно не придается большого значения. Энли (Henley, 1991), однако, рекомендует арт-терапевтам использовать высококачественные материалы и оборудование, поскольку терапевтические и эстетические эффекты взаимосвязаны. Дж. Дадли, А. Гилрой и С. Скейф (Dudley, Gilroy, Skaife, 2000) полагают, что использование материалов низкого качества более характерно для специалистов, плохо связанных с визуальными искусствами.

Поскольку арт-терапевты работают с клиентами разного возраста и состояния здоровья, разным уровнем развития физических и психических умений, то их возможности овладения разными материалами должны быть приняты во внимание. Такой изобразительный материал, например, как масляные краски, как правило, считается слишком сложным для овладения и использования большинством клиентов, особенно если сроки терапии ограничены. Кроме того, этот материал является более дорогим по сравнению с постерными (гуашевыми) или акриловыми красками.

Материалы и инструменты, которые могут быть использованы с целью нападения или самоповреждения, например, стекло, ножницы и некоторые другие, либо те, что могут причинить повреждение из-за неумелого обращения с ними, не используются в работе с заклю-

ченными, пациентами в остром психотическом состоянии, при выраженной деменции, с маленькими детьми и иными группами клиентов.

Работа с более плотными пластическими материалами, такими как скульптурный пластилин или даже глина, малоприемлема для ослабленных больных, при выраженном астеническом и депрессивном синдромах. Больному будет сложно что-либо из них вылепить. В то же время они могут ограничиться тактильным контактом с этими материалами или простейшими манипуляциями.

Разные изобразительные средства и материалы способны вызывать разные физические и психологические эффекты, усиливать психические процессы или состояния и способствовать их внешнему выражению либо, наоборот, сдерживать, купировать их. Умелое использование определенных средств и материалов может способствовать трансформации состояния, формированию и совершенствованию разных навыков. Это может происходить как при свободном выборе материала или средства изобразительной деятельности самим клиентом, так и если они предлагаются арт-терапевтом.

Знание разных физических и психологических эффектов работы с различными средствами и материалами может быть связано с определенными психологическими (психодинамическими) концепциями, данными эмпирических наблюдений и специальных исследований, однако ничто не может заменить личного опыта работы с ними у арт-терапевта. Немаловажное значение, особенно при работе с представителями определенных культурных и этнических групп имеет также знакомство с художественными методами и средствами визуального искусства, характерными для разных культур и исторических эпох, кросс-культурная компетентность специалиста. Важным качеством арт-терапевта может быть открытость к восприятию и использованию разных изобразительных средств и языков, готовность обогащаться знаниями, касающимися разных культурных традиций и видов художественной деятельности.

Ниже будут описаны как традиционные для изобразительного искусства, так и инновационные средства и материалы, используемые в арт-терапии. Будут приведены примеры созданных работ. Однако прежде всего необходимо рассмотреть теоретические основы использования материалов в арт-терапии, связанные с рядом психологических и культурологических подходов.

## **4.2.2. Теории изобразительных материалов, используемые в арт-терапии**

Арт-терапевты опираются не только на личный опыт и предпочтения, но и на разные теории, позволяющие им лучше понимать свойства и роль изобразительных средств и материалов в работе с клиентами. Эти теории учитывают не только физические свойства, но и психологическое (психодинамическое) воздействие художественных инструментов на клиентов разного возраста и состояния здоровья. Так, скажем, принимается во внимание то, насколько тот или иной материал позволяет создавать разные формы и линии, как он влияет на психические процессы, позволяя, например, выражать регрессивные потребности, выражать агрессивные или компульсивные тенденции. Также учитываются сенсорные характеристики материалов, в том числе их мягкость или жесткость, обуславливающие живописные или графические художественные свойства. По мере развития арт-терапии формировались различные концепции материалов – психодинамические, связанные с теориями развития, нейропсихологические, лингвистические, конструкционистские и другие.

## **Теории изобразительных материалов, связанные с психологией развития**

Использование теорий психического развития может быть полезно для работы с любой категорией клиентов. Однако это особенно важно, если речь идет о работе с детьми и подростками, а также лицами с нарушениями в развитии. Предлагая таким клиентам материалы, арт-терапевты должны ориентироваться на их соответствие уровню развития и возможностям клиентов, их когнитивным и моторным навыкам для того, чтобы клиенты могли избежать излишней фрустрации, с одной стороны, и были способны перейти на более высокий уровень развития, – другой.

Изобразительная деятельность является важной частью процесса психического развития и формируется по мере возрастания сенсорной и кинестетической включенности ребенка в окружающую среду, а в дальнейшем также овладения объектами как символическими инструментами общения и познавательной деятельности, обеспечивающими социализацию и интеграцию ребенка в культурную среду. Рассматривая художественные материалы с точки зрения когнитивной психологии Ж. Пиаже, можно, например, признать, что разница не только в материалах, но и способах их использования, может воздействовать на разные аспекты сенсорно-кинестетического, проективно-символического и социально-ролевого опыта. В одних случаях клиент может исследовать сенсорные свойства материала, в других – начинает применять их для создания образов, в третьих случаях – создает и использует образы в контексте более сложно организованного социального, например, сюжетно-ролевого действия.

Иногда в ходе арт-терапевтических занятий используются такие предметы, которые связаны с самыми ранними фазами развития и позволяют стимулировать сенсорное и физическое взаимодействие клиента со средой – мука, желеобразные массы, сыпучие пищевые продукты, пена для бритья, перья. С. Ах-Фельдман и К. Канкл-Миллер (Aach-Feldman, Kunkle-Miller, 2001) предложили свою модель для работы с клиентами, имеющими нарушения в развитии, основываясь на теории когнитивного развития Пиаже. Они считают, что на этапе раннего сенсомоторного развития целесообразно использовать разные материалы, главным образом для игровых манипуляций, развития сенсомоторных навыков, активизации и стимулирования рефлекторной активности. Предоставление таких материалов даже в небольшом объеме может помочь снизить сопротивление клиента контакту с внешней средой и постепенно подготовить его к использованию более сложных, традиционных изобразительных материалов.

На предоперационной стадии развития ребенок способен отделять себя от других людей. У него совершенствуются сенсомоторные и практические навыки, возрастает способность к взаимодействию с окружающими объектами. При этом допустим более широкий выбор материалов. Это могут быть, с одной стороны, материалы, предлагаемые с целью отреагирования эмоций, снятия напряжения и самоорганизации, с другой стороны, могут предлагаться собственно изобразительные материалы, позволяющие уже создавать изображение. И те, и другие материалы могут способствовать развитию мышления, базовых мыслительных категорий, представлений «пустоты» и «наполненности», а также совершенствованию пространственного восприятия и моторики (там же).

## Психодинамические теории

Нередко в качестве теоретического обоснования для использования разных материалов в арт-терапии используются психодинамические представления, связывающие материалы со стадиями психосексуального развития, регрессивными и более зрелыми позициями или уровнями психологического функционирования. Те материалы, которые служат сохранению границ и структуры образа якобы имеют большие возможности для обретения контроля над средой, поддерживают функции Я, когнитивные процессы. Более мягкие и склонные к свободному распространению материалы поддерживают сенсорно-аффективные и либидинозные процессы (Cohen, Cox, 1995; Hinz, 2006).

Кроме того, разная степень сложности использования изобразительных материалов, определяемая, например, последовательностью действий и ментальных операций, необходимых для работы с ними, также коррелирует с психодинамическими процессами. Более сложные в использовании материалы нередко предполагают использование определенных инструментов, опосредующих контакт с самим материалом и требующих более высокого контроля и самоконтроля. Это позволяет художнику дистанцироваться от переживаний, рефлексировать и определять значение образов. Все эти соображения могут помочь арт-терапевту определить адекватность использования тех или иных материалов, необходимых для поддержки когнитивного функционирования клиента, с одной стороны, и его спонтанного эмоционального реагирования, с другой стороны.

Важный вклад в развитие представлений о свойствах материалов с психодинамических позиций внес А. Роббинс (Robbins, 1987, 1994). Он проводит параллель между свойствами материалов и психическими процессами с точки зрения теории объектных отношений, акцентирует внимание на психоэстетических феноменах. Он также рассматривает диаметрально противоположные характеристики материалов в тесной связи с терапией, и как эти противоположные свойства могут быть интегрированы, обуславливая психологическую интеграцию и преодоление внутренних конфликтов. Так, если клиент отдает предпочтение темным цветам, он якобы может получить положительный эффект, постепенно осваивая светлые оттенки. Если клиент ориентирован на твердый материал, он может получить положительный эффект, обращаясь к мягким, нежным материалам, требующим осторожного обращения.

По мнению Роббинса (1994), такие основные качества материалов, как тактильность, цвет, ритм, пространство, риск и символическая нагрузка, определяют не только технику работы с ними, но и внутренние психические репрезентации, затрагиваемые в межличностных контактах.

## Нейропсихологический подход

Теоретической моделью, интегрирующей в себе не только физические и психодинамические, но и нейропсихологические представления, является концепция «континуума экспрессивных терапий» – КЭТ В. Люсбринк (Lusebrink, 1990, 2010). На основе привлечения данных нейропсихологических исследований, связанных с изучением активности разных отделов мозга, отвечающих за переработку визуальной информации, а также психологии развития она разработала системную концепцию разных форм художественной экспрессии. Они формируют четыре иерархических уровня КЭТ, связанных с разными художественными материалами и способами их применения в арт-терапии. Три из них представлены в качестве континуумов: кинестетико-сенсорный уровень, перцептивно-аффективный уровень и когнитивно-символический уровень. Четвертый уровень рассматривается как инте-

гративный, позволяющий перерабатывать информацию, поступающую по всем трем предыдущим уровням.

Кинестетико-сенсорный уровень предполагает фокусировку на физических свойствах материалов. Его кинестетический полюс связан преимущественно с движением тела и его частей в процессе работы с материалом, что имеет, например, место при создании каракулей. Его сенсорный полюс предполагает замедление движений с фокусировкой на зрительных, слуховых, тактильных, обонятельных и вкусовых характеристиках. Если активирован один полюс, другой обычно находится в латентном состоянии. Активность данного уровня связана с поглощенностью действиями или ощущениями и ослаблением рефлексии (там же).

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.