

Национальная саморегулируемая организация «Союз психотерапевтов и психологов»

Национальная ассоциация для развития арт-терапевтической науки и практики «Арт-терапевтическая ассоциация»

**ПРОЕКТ НОРМАТИВНОГО ДОКУМЕНТА ПО РЕГУЛИРОВАНИЮ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СФЕРЕ АРТ-ТЕРАПИИ
(АРТ-ПСИХОТЕРАПИИ)**

*Стандарт профессиональной психотерапевтической (психологической)
помощи в сфере арт-терапии (арт-психотерапии)*

Москва – Санкт-Петербург

2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Определение арт-терапии как научно-практической дисциплины и группы методов психологической (психотерапевтической) помощи.....	4
2. Арт-терапия как многообразие методов.....	7
3. Характеристика группы лиц, в отношении которой рекомендуется использование данного метода, определение показаний / противопоказаний.....	9
4. Требования к необходимому информационному обеспечению получателей психотерапевтической помощи при обращении за ее получением и в ходе оказания психотерапевтической помощи.....	15
5. Технологический протокол с описанием последовательности основных этапов реализуемого метода и технических действий на каждом этапе.....	16
5.1. <i>Технологический протокол с описанием последовательности основных этапов и технических действий на каждом этапе при использовании клинической системной арт-терапии с ветеранами войн...</i>	16
5.2. <i>Технологический протокол с описанием последовательности основных этапов и технических действий на каждом этапе при использовании педагогической модели системной арт-терапии у детей младшего школьного возраста</i>	23
6. Критерии и методология оценки эффективности реализуемого метода, соответствующие принципам доказательной практики.....	28
6.1. <i>Критерии и методология оценки эффективности клинической системной арт-терапии у ветеранов войн.....</i>	29
6.2. <i>Критерии и методология оценки эффективности арт-терапии в процессе реабилитации лиц с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ.....</i>	31

7. Выявленная динамика по основным мишеням (на основании анализа имеющихся результатов использования метода клинической системной арт-терапии).....	34
7.1. <i>Выявленная динамика по основным мишеням при использовании КСАТ у ветеранов войн</i>	34
7.2. <i>Выявленная динамика по основным мишеням при использовании КСАТ у лиц с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ</i>	42
8. Способ документирования и архивирования динамики и результатов арт-терапевтического процесса.....	48
9. Квалификационные требования к специалисту, реализующему клиническую (медицинскую) и неклиническую (немедицинскую) модели арт-терапии.....	54
10. Тематическая образовательная программа с указанием основных разделов необходимой профессиональной подготовки и количества часов по каждому разделу.....	63
11. Квалификационные требования к специалистам, проводящим профессиональную подготовку по арт-терапии.....	72
12. Критерии прохождения процедуры аттестации и перееаттестации с указанием кратности и параметров супервизорской оценки профессиональной деятельности специалиста-психотерапевта.....	73
13. Требования к месту оказания арт-терапевтической помощи, технологическому оборудованию или прочему инвентарю, необходимому при оказании арт-терапевтической помощи.....	75
Литература.....	79

1. Определение арт-терапии как научно-практической дисциплины и группы методов психологической (психотерапевтической) помощи

Согласно общепринятому международному определению, арт-терапия является одним из направлений креативной терапии искусством (по-английски, *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 – изобразительного искусства, музыки, движения и танца или искусства театра. Соответственно, имеются специалисты, осуществляющую свою работу с использованием этих модальностей – арт-терапевты, музыкальные терапевты, танцевально-двигательные терапевты и драматерапевты. В последние годы также развиваются интегративные формы терапевтического применения искусства, называемые «терапия выразительными искусствами» (*expressive arts therapy*).

Наряду с понятием «арт-терапия», для обозначения профессиональных услуг, связанных с оказанием психологической (психотерапевтической) помощи на основе использования изобразительного искусства, в последние годы все чаще используется слово «арт-психотерапия». В настоящем документе оба слова используются как равнозначные, но слово «арт-психотерапия» представляется все же более уместным при рассмотрении арт-терапии как вида психологической (психотерапевтической) помощи, имеющего ряд принципиальных отличий от использования изобразительной деятельности клиентов (пациентов) в качестве терапии занятостью (трудотерапии, эрготерапии).

Арт-психотерапия основана на использовании искусства (прежде всего, изобразительной экспрессии клиента) в контексте психотерапевтической практики. Использует искусство не столько как форму занятости или фактор

самолечения, но как средство личностно-ориентированного, психотерапевтического взаимодействия специалиста с клиентами с разными психологическими запросами, психической и соматической патологией, дисфункциональными семьями и сообществами.

В ряде стран (США, Великобритания и некоторые другие) разные формы креативной терапии искусством рассматриваются как самостоятельные специальности, требующие соответствующей профессиональной (в основном, магистерской) 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 или социальной работы овладеть достаточным объемом знаний и сформировать комплекс умений, необходимых для оказания психологической, психосоциальной помощи разным группам населения на основе применения искусства.

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

Как и в странах с развитой системой профессиональных арт-терапевтических услуг, в Российской Федерации также формируются программы магистерского образования и непрерывного профессионального образования на основе накопительно-кредитного подхода, связанного с четырёхчастной моделью подготовки профессионалов в области психотерапии и консультирования (арт-терапия рассматривается как метод

психотерапии и психологического консультирования). Четырехчастная модель подготовки включает в себя: теорию, производственную практику, профессиональную супервизию, личную терапию и, кроме того, подготовку в области клинической психиатрии. Важнейшим компонентом подготовки для специалистов в сфере креативной терапии искусством также является подготовка в сфере искусства; для специалистов по арт-терапии – подготовка в сфере визуальных искусств (живопись, графика, лепка, фотография и т.д.).

Использование поддерживающего и развивающего потенциала искусства возможно не только профессиональными арт-терапевтами (как в некоторых зарубежных странах) или психологами, врачами-психотерапевтами и иными специалистами, прошедшими соответствующую дополнительную подготовку, но и педагогами, художниками или представителями иных творческих профессий, не имеющими такой подготовки. Однако их деятельность не может рассматриваться как форма *психологической или лечебной помощи (психотерапии)*, а относится к сфере *искусства или образования*.

Обращение к существующим определениям арт-терапии и иных направлений креативной терапии искусством позволяет лучше понять их основное содержание и предназначение. Согласно Резолюции 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». Данное определение соответствует общепринятому определению арт-терапии в разных странах, представленному в основополагающих документах профессиональных

саморегулируемых организаций (Американской арт-терапевтической ассоциации, Британской ассоциации арт-терапевтов и др.) и в научной литературе.

К сожалению, существует немало русскоязычных изданий, в которых слову «арт-терапия» приписывается иное, не свойственное ей значение. 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.

2. Арт-терапия как многообразие методов

Арт-терапия (арт-психотерапия) 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 психотерапевтического взаимодействия. Арт-психотерапия предполагает не только свободную или фасилитируемую художественную экспрессию клиента, но и целенаправленно осуществляемую психотерапевтическую проработку личностного материала клиента, связанного с ведущими жалобами (психологическими проблемами) и значимыми отношениями.

В качестве факторов терапевтических изменений в арт-терапии выступают разные специальные приемы, характерные, например, для психодинамической, экзистенциально-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 как фактор творческой активности с присущими ему экспрессивно-катарсической, регулятивной, организующей, защитной/копинговой и иными функциями, так и факторы терапевтических и групповых отношений и обратной связи.

Арт-терапия располагает 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 с аутизмом, лицами преклонного возраста. 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 является не одним методом, а целой группой 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-психотерапевтические методы включают в той или иной мере разработанные следующие три 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 творческой активности, в том числе, изобразительной деятельности, в процессе онтогенеза, обоснование ее роли в процессе адаптации, в состоянии здоровья и болезни.

2. *Психологическую* (например, психодинамическую), *клинико-психиатрическую* (что менее характерно для зарубежной арт-психотерапии) *или иную концепцию расстройства*. В первом случае она представляет собой концепцию психогенеза, рассматривая расстройство или нарушения адаптации преимущественно как следствие психогенных или психодинамических (интра и intersубъективных) 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.

3. Характеристика группы лиц, в отношении которой рекомендуется использование данного метода, четкое определение показаний /противопоказаний

Во многих странах мира, включая Российскую Федерацию, в последние годы арт-терапия используется все более широко. Она, например, является очень ценным и даже незаменимым инструментом при оказании психотерапевтической (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 РФ в качестве одного из инструментов психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса в образовательных организациях общего, профессионального и дополнительного образования. Арт-терапия используется в психологическом консультировании субъектов образовательного процесса (обучающихся, педагогов, родителей), в программах развития универсальных учебных действий, воспитания и социализации обучающихся и воспитанников и для иных целей.

Раньше всего, однако, арт-терапию в нашей стране и за рубежом 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 – невротами и реактивными состояниями, психозами, наркотической и алкогольной зависимостью. Арт-терапия при этом в большинстве случаев дополняет психофармакотерапию, физиотерапию и другие методы лечения.

Одной из предпосылок внедрения методов арт-терапии в деятельность психиатрических учреждений в нашей стране и за рубежом в последние годы выступает биопсихосоциальная модель развития, лечения и профилактики психических заболеваний. Наряду с трудотерапией, терапией средой,

психологическим консультированием и психотерапией, арт-терапия может быть отнесена к немедикаментозным методам профилактики, лечения и медицинской реабилитации. В соответствии со стандартами медицинской помощи, она может применяться для решения целого ряда лечебно-профилактических и реабилитационных задач, актуальных для обслуживания пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

При этом, однако, роль, место и формы арт-терапии в качестве немедикаментозного метода при разных психических и поведенческих расстройствах и в разных условиях применения на сегодняшний день не уточнены. В отечественных стандартах оказания психиатрической помощи пока лишь в наиболее общем виде обозначено использование арт-терапии при шизофрении, шизотипических и бредовых расстройствах, а также частота и кратность применения метода. Относительно других нозологических групп психических и поведенческих расстройств в стандартах специализированной медицинской помощи арт-терапия не упоминается, однако нередко перечисляются разные виды психологической и психотерапевтической помощи, одним из которых может выступать арт-терапия.

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. Значительным потенциалом арт-терапия обладает и в плане работы с пожилым 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.

Развитие арт-терапии характеризуется возрастающей дифференциацией клинических, социальных и педагогических аспектов использования

здоровьесберегающего и социализирующего потенциала искусства. На фоне внедрения биопсихосоциального подхода становится все более очевидной их взаимодополняемость. В разных сферах практической работы специалистов используются *клинические* (медицинские) и *неклинические* (немедицинские) *модели арт-терапии*.

Клинические (медицинские) модели арт-терапии связаны с использованием искусства и творческой активности пациентов, находящихся в стационарных и в амбулаторных условиях, в качестве основного или дополнительного фактора профилактики и лечения психических и соматических заболеваний, а также реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья. Клиническое направление в арт-терапии стремится к повышению эффективности лечебно-профилактических мероприятий на основе использования терапевтических и защитно-стабилизирующих факторов творческой активности. Оно ориентировано на использование не только универсальных, но и более дифференцированных лечебно-профилактических воздействий, учитывающих специфику заболевания, его проявлений и патогенеза. Данное направление реализуется в основном специалистами с клинической подготовкой (врачами-психотерапевтами и клиническими психологами).

Неклинические (немедицинские) модели арт-терапии, в свою очередь, включают *социальные и педагогические (арт-педагогические) модели*. *Социальные модели арт-терапии* связаны с использованием искусства и творческой активности в качестве средств психосоциальной поддержки личности, семьи и сообществ, гармонизации общественных отношений. Решаемые при этом задачи включают: предупреждение или смягчение проблем психосоциального характера, связанных с отношениями людей и социальных групп; повышение эффективности деятельности и качества жизни; позитивные социальные изменения; преодоление негативных психосоциальных последствий психических и соматических заболеваний (в частности, стигматизации); социальную интеграцию (инклюзию) людей с

ограниченными возможностями здоровья и представителей групп риска. Социальные аспекты арт-терапии нередко связаны с использованием искусства в качестве одного из факторов развития организаций, личностного и профессионального роста.

Педагогические (арт-педагогические) модели арт-терапии развиваются не только в образовательных организациях, но и за их рамками. Арт-педагогические аспекты представлены, например, в клинической сфере в работе с людьми с ограниченными возможностями здоровья, а также сфере социальной арт-терапии. В то же время, она характеризуется рядом отличий, касающихся приоритетных задач и методического обеспечения деятельности.

Педагогическая арт-терапия и арт-педагогика занимаются, прежде всего, вопросами социализации и воспитания личности через искусство и творческую активность. Они могут быть использованы в психолого-педагогическом сопровождении образовательного процесса в образовательных организациях общего, профессионального и дополнительного образования, при сопровождении основных и дополнительных образовательных программ и при оказании психолого-педагогической помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации.

Педагогическая арт-терапия и арт-педагогика могут быть использованы в психологическом консультировании субъектов образовательного процесса, коррекционно-развивающей и психопрофилактической работе с обучающимися, в том числе в работе по восстановлению и реабилитации. Они могут выступать одним из факторов сохранения здоровья и успешной психосоциальной адаптации обучающихся. Арт-терапия и арт-педагогика в психолого-педагогическом сопровождении ребенка и семьи в условиях реализации ФГОС и профстандарта педагога служат реализации основной образовательной программы основного общего образования. Как и другие методы и формы работы, используемые педагогами и педагогами-

психологами, арт-терапия и арт-педагогика в этих условиях ориентированы на достижение основного результата образования – развитие на основе освоения универсальных учебных действий, познания и освоения мира личности обучающегося, его активной учебно-познавательной деятельности, формирование его готовности к саморазвитию и непрерывному образованию; обеспечивают разнообразие и повышение эффективности индивидуальных образовательных траекторий и индивидуального развития каждого обучающегося, в том числе детей, проявивших выдающиеся способности, детей-инвалидов и детей с ОВЗ.

Формулировка **показаний и противопоказаний** к применению арт-терапии в целом вряд ли корректна. Скорее, показания и противопоказания могут касаться конкретных моделей и методов арт-терапии и организационных форм ее применения на разных этапах лечебно-реабилитационного и образовательного процесса. В наиболее общем виде показания к применению клинической (медицинской) и неклинической (немедицинской) арт-терапии могут быть сформулированы следующим образом.

Показания к применению клинической (медицинской) арт-терапии: невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, зависимости от психоактивных веществ, расстройства личности, психосоматические заболевания и соматопсихические реакции. Психические расстройства, более тяжелые, чем ППР включая шизофрению, аффективные психозы, органические психические расстройства. Общие и специфические расстройства развития у детей.

Показания к применению неклинической (немедицинской) арт-терапии, включая социоцентрированную и арт-педагогическую модели: проблемы межличностных отношений, идентичности и самооценки, недостаточной мотивации к деятельности, не связанные с клиническими расстройствами (основными клиническими проявлениями). Планирование будущего, профориентация; повышение качества жизни, эффективности деятельности

(спорт, силовые структуры, диспетчера, менеджеры и иные категории); развитие уверенного поведения, межличностных навыков, навыков управления стрессом и саморегуляции. Развитие ресурсов семей и сообществ с целью гармонизации и укрепления отношений, более эффективного функционирования, сохранения здоровья, системной трансформации социальных групп и общественных отношений; медиация в ситуациях межличностных и межгрупповых конфликтов и др.

4. Требования к необходимому информационному обеспечению получателей психотерапевтической помощи при обращении за ее получением и в ходе оказания психотерапевтической помощи

Необходимое информационное обеспечение получателей арт-терапевтической помощи при обращении за ее получением и в ходе ее оказания включают:

1. Разъяснение основного содержания арт-терапевтической помощи как такой формы психологической (психотерапевтической) и психосоциальной помощи, развития и социализации личности, которая связана с использованием искусства, прежде всего, изобразительной деятельности клиента, а также установлением специалистом помогающих (психотерапевтических) отношений с клиентом и использованием различных приемов симптомо-, проблемно- и личностноориентированного воздействия.

2. Конкретный вариант и форму проведения арт-терапии – индивидуальная, групповая, семейная арт-терапия – с соответствующими сроками оказания услуги.

3. Согласованные с получателем услуги цель и задачи арт-терапии и ожидаемые эффекты.

4. Квалификационные характеристики и уровень подготовки специалиста в сфере психологической (психотерапевтической) помощи и

арт-терапии как одной из ее форм. Специалист должен быть готов предъявить получателям арт-терапевтической помощи соответствующие документы (дипломы и сертификаты), подтверждающие имеющееся у него образование и квалификацию, включая сертификат (аттестационный документ), подтверждающий его право на оказание арт-терапевтических услуг. Специалист также может продемонстрировать получателям услуг соответствующую запись в национальном реестре специалистов в сфере арт-терапии.

5. Технологический протокол с описанием последовательности основных этапов реализуемого метода и технических действий на каждом этапе

5.1. Технологический протокол с описанием последовательности основных этапов и технических действий на каждом этапе при использовании клинической системной арт-терапии с ветеранами боевого стресса

Примером технологического протокола клинической (медицинской) модели арт-терапии может являться программа групповой арт-терапии, рассчитанная на месячный срок и проводимая с ветеранами боевого стресса на базе Психотерапевтического отделения Областного клинического госпиталя ветеранов войн (г. Волгоград). Программа реализуется, начиная с 2006 г., основана на использовании клинической системной арт-терапии (КСАТ) (Копытин А.И., 2010, 2015). Программа включает описание последовательности основных этапов реализуемого метода и технических действий на каждом этапе.

Программа групповых арт-терапевтических занятий была разработана и затем внедрена в деятельность психотерапевтического отделения Госпиталя ветеранов войн в качестве инновационного компонента комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий с целью повышения их эффективности. Она

дополнила иные, применяемые на отделении методы лечения, включая психофармакотерапию, физиотерапию, различные формы индивидуальной и групповой психотерапии (в основном, реконструктивная, личностно-ориентированная психотерапия, гипнотерапия, телесно-ориентированная психотерапия, рациональная психотерапия), терапию средой и терапию занятостью.

При разработке программы были учтены:

- особенности контингента больных, состоящего в основном из пациентов с невротическим регистром расстройств, преимущественно мужчин относительно молодого возраста, принимавших участие в боевых действиях на территории РФ и за рубежом,
- значительная роль боевого стресса в качестве одного из факторов развития пограничных психических расстройств и нарушений адаптации,
- условия лечения, связанные с проведением КСАТ в рамках сравнительно короткого курса стационарного лечения на базе психотерапевтического отделения.

При разработке программы также приняты во внимание особенности клиники и биопсихосоциогенеза расстройств, превалирующих у пациентов отделения. Одним из психогенных факторов развития эмоционально-стрессовых реакций и состояний дезадаптации, связанных с преобладающими психическими расстройствами и нарушениями адаптации у пациентов отделения, выступает боевой стресс. Как известно, симптомы боевого стресса (проявляющиеся не менее чем в 40-80% случаев участия в боевых действиях) могут трансформироваться в ПТСР и продолжаться годы и десятилетия, накладывая отпечаток на повседневное функционирование ветеранов войн.

В то же время, воздействие иных психосоциальных стрессоров, не связанных напрямую с участием в боевых действиях, также характерно для контингента больных, поступающих в психотерапевтическое отделение, многие из которых уже закончили службу в армии и должны находить свое

место в жизни. Многие из них занимаются активной трудовой деятельностью, предпринимательством, создают и содержат семью. Следует также учитывать наличие у ряда пациентов отделения резидуально-органического фактора, наличие преморбидных личностных особенностей в виде акцентуаций и более выраженных личностных и поведенческих отклонений, трудностей регуляции аффектов, участвующих в патогенезе психических расстройств (в основном, пограничных психических расстройств – ППР), возникновении вторичных психогенных реакций.

Весьма распространенными симптомами ППР, отмечающимися у пациентов отделения, являются: бессонница, ночные кошмары, навязчивые воспоминания, повышенная раздражительность и злобность, тревога, депрессия, сексуальные расстройства, ипохондрические и астенические проявления и аддикции.

Задачи применения КСАТ с ветеранами войн, с учетом специфики преобладающих психических расстройств и нарушений адаптации, заключаются в следующем:

1. Задачи симптоматической стабилизации:

- минимизация эмоциональных, познавательных, поведенческих, соматических проявлений болезни (эмоциональная стабилизация, организация поведения и когнитивных функций и др.), доминирующих в клинической картине расстройства;

- повышение мотивации пациента к психологической работе и получению лечебных процедур, его адаптацию к условиям проведения занятий,

- постепенное повышение активности и развитие интереса к окружающей среде (у пациентов с депрессивными проявлениями).

2. Задачи этиопатогенетической клинической психотерапии ППР:

- осознание и коррекция дисфункциональных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов, связанных, в частности, с защитными реакциями, стойкими нарушениями в системе значимых

отношений (к своей социальной роли, профессиональной и иной личностно-значимой деятельности, семье, обществу, прошлому и текущему опыту, будущему),

- поддержка и коррекция самоотношения, представлений пациентов о себе – их образа «Я» (идентичности),
- восстановление и совершенствование адаптивных моделей поведения, эффективных копинг-стратегий,
- раскрытие и проработка внутриличностных конфликтов,
- развитие и поддержка жизненных навыков (коммуникации, самоорганизации, саморегуляции и др.).

При наличии симптомокомплекса личностного расстройства, в дополнение к данным задачам этиопатогенетической психотерапии невротизма и реакций на стресс, в процессе КСАТ также в определенном объеме решаются следующие задачи:

- осознание пациентами связи особенностей эмоционального реагирования и поведения в разных жизненных ситуациях с присущими им конституционально-типологическими особенностями личности (чертами «природного характера»),
- изменение отношения к своим конституционально-типологическим особенностям (в частности, признание их адаптационного потенциала),
- развитие более адаптивных моделей поведения на основе лучшего понимания своих конституционально-типологических особенностей, изменения ригидных поведенческих программ и связанных с ними психогенных дефензивных реакций.

Дополнительно решается задача повышения качества жизни.

С учетом ограниченности сроков стационарного лечения (преимущественно одним месяцем), при проведении от трех до пяти групповых сессий в неделю, программа включает в среднем 12-14 (до 16) сеансов. В занятиях обычно принимают участие 5-8 человек. Группы на

начальном этапе (первые 4-5 занятий) носят полуоткрытый характер, затем состав участников не меняется.

Групповые занятия, как правило, продолжаются от полутора до двух с половиной часов и имеют трехчастную структуру. Ведущий мягко директивен в плане поддержания общей структуры занятий и предложения тех или иных упражнений. В то же время, проявляет гибкость и готовность учесть текущие потребности участников. В ходе работы группе предлагаются такие темы и виды деятельности, которые направлены на снятие напряжения, достижение большей свободы творческого самовыражения (снятие «зажимов»), прояснение и коррекцию отношения пациентов к себе и другим, болезни, прошлому, настоящему и будущему и иным ключевым элементам системы значимых отношений. Кроме того, используются техники, направленные на стимуляцию группового взаимодействия, прояснение и развитие групповых отношений и совершенствование различных навыков (коммуникации, планирования и реализации творческих задач и др.).

Важное место в работе группы занимают арт-терапевтические техники, обеспечивающие развитие навыков саморегуляции. Некоторые из них служат инструментом глубинно-психологической диагностики, обеспечивая доступ к неосознаваемому психическому материалу, вскрытие и разрешение внутриличностных конфликтов. Выбор тем и техник работы определяется, исходя из оценки состояния группы, этапов и задач лечения, а также мишеней воздействия. Программа занятий разделена на несколько этапов – подготовительный, начальный, переходный, основной и завершающий.

Таблица 1

Тематический план групповых арт-терапевтических занятий с ветеранами войн

№п/п	Содержание и темы занятий
<p style="text-align: center;"><i>1. Подготовительный этап</i></p> <p>Основное содержание: первичная беседа (клинико-психотерапевтическое интервью) с использованием элементов изобразительной деятельности. Задачи: установление контакта, сбор информации (анамнез, определение проблем, цели,</p>	

задач и мишеней арт-терапии), предоставление пациенту информации об особенностях предстоящей работы, выяснение и создание мотивации.	
1.	Предварительные индивидуальные собеседования с кандидатами, выполнение РТС или теста Сильвер («Нарисуй историю»)
<i>2. Начальный этап</i>	
Основное содержание: дополнительное информирование участников об особенностях метода и планируемой работе, групповые обсуждения, сочетающиеся с выполнением разных видов изобразительной деятельности. Задачи: начальная симптоматическая стабилизация, адаптация участников к условиям арт-терапевтической группы, формирование доверительных отношений и сплоченности, исследование факторов возникновения и развития болезненных состояний, начальная оценка системы отношений пациентов (к себе, прошлому и др.).	
2.	Согласование правил и норм работы в группе. Информирование. Предполагаемые техники и темы изобразительной деятельности: «Поочередное рисование. Диалог в парах без слов».
3.	Предполагаемые техники и темы изобразительной деятельности: «Каракули» (спонтанное выражение чувств на основе свободного движения руки с возможным оформлением образа).
4.	Предполагаемые техники и темы изобразительной деятельности: «Ресурс из детства». (Наиболее яркое воспоминание детства)
5.	Предполагаемые техники или темы изобразительной деятельности: «Автограф» (Написание своего имени и метафорический образ имени, образные ассоциации, связанные с именем, то есть задание, включающее текстовую часть и рисунок).
<i>2. Переходный этап</i>	
Основное содержание: информирование участников, групповые обсуждения, сочетающиеся с выполнением разных видов изобразительной деятельности. Задачи: дальнейшая психоэмоциональная стабилизация и самораскрытие, развитие групповых отношений, исследование факторов возникновения и развития болезненных состояний, более полная оценка системы отношений пациентов (к себе, заболеванию, проблемным и ресурсным аспектам личного опыта, и др.) и характерных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов.	
6.	Предполагаемые техники или темы изобразительной деятельности: «Образ отрицательного и положительного чувства на двух листах без словесного обозначения» (после предварительного совместного обсуждения и составления списка отрицательных и положительных эмоций, чувств и переживаний). При обсуждении сначала все кроме автора высказывают и обосновывают предположения о характере «чувства», затем свой рисунок комментирует автор. В заключение происходит поиск общих характеристик для отрицательных и положительных чувств, представленных всеми участниками.
7.	Предполагаемые техники или темы изобразительной деятельности: «Образ отрицательного и положительного чувства с доработкой и модификацией партнером» (работа в парах с целью уменьшения или нейтрализации образа отрицательного чувства и усиления образа положительного чувства). Одна из задач упражнения – осознание и развитие копинг-умений как фактора саморегуляции на основе работы с образами.
<i>3. Основной этап</i>	
Основное содержание: информирование, групповые обсуждения, сочетающиеся с выполнением разных видов изобразительной деятельности. Задачи: реконструкция системы отношений участников занятий на основе актуализации и проработки личностного, эмоционально значимого материала и развития групповых отношений.	

8.	Предполагаемые техники и темы изобразительной деятельности: «Моя проблема (болезнь) и моя цель (жизнь без проблемы или болезни). Другой вариант – «Моя жизнь после выздоровления».
9.	Предполагаемые техники и темы изобразительной деятельности: «Четыре предмета». Метафорический автопортрет (реалистический автопортрет).
10.	Предполагаемые техники и темы изобразительной деятельности: «Ресурсный эпизод» (наиболее яркий эпизод жизни).
11.	Предполагаемые техники и темы изобразительной деятельности: «Личная история в картинках».
12.	Предполагаемые техники и темы изобразительной деятельности: «Поочередное рисование по кругу», «Образ будущего» (образная картина будущего через конкретный промежуток времени).
13.	Предполагаемые техники и темы изобразительной деятельности: «Личный герб»
<p><i>4. Завершающий этап с подведением итогов программы</i></p> <p>Основное содержание и задачи: групповые обсуждения, сочетающиеся с выполнением разных видов изобразительной деятельности.</p> <p>Задачи: обозначение основных «уроков» и открытий программы, закрепление достигнутых изменений и планирования дальнейших действий, связанных с сохранением и усилением положительных эффектов, выражение чувств, связанных с окончанием работы группы.</p>	
14.	Предполагаемые техники и темы изобразительной деятельности: Поочередное рисование в парах на тему «Что такое арт-терапия» или «Мой опыт групповой арт-терапии». «Метафорический портрет – пожелание другим участникам и ведущему».
15.	Предполагаемые техники и темы изобразительной деятельности: Итоговая выставка. Тестирование (РТС, тест «Нарисуй историю» и другие методы)

Обозначенная данной арт-терапевтической программой последовательность распределения ключевых тем и техник может конструктивно видоизменяться и корректироваться за счет дополнения другими заданиями или повторного использования модификаций основного упражнения в зависимости от особенностей прохождения определенного этапа, общей психологической атмосферы и доминирующих текущих потребностей в каждой конкретной группе пациентов. Наиболее часто с этой целью используются различные варианты упражнений «Каракули», «Поочередное рисование», рисуночный тест Сильвер, ресурсные темы (например, ресурсный эпизод из армейской жизни или самый недавний

ресурсный эпизод из текущей жизни), упражнения «Акватипия» (создание красочных отпечатков с возможным оформлением образа), «Линия жизни», групповое задание «Идеальный город» и другие техники. Также необходимо иметь в виду, что работа над некоторыми темами, в связи с их особой актуальностью для конкретного состава участников группы, может выходить за временные рамки одного занятия и продолжаться на следующем.

Опыт работы показал, что при такой организации арт-терапевтического процесса пациенты постепенно и конструктивно вовлекаются в психотерапевтическую работу, отмечая при этом характерное для групповых сессий сочетание творческой непринужденной атмосферы с возможностью достижения важных и серьезных выводов относительно различных аспектов собственной личности.

5.2. Технологический протокол с описанием последовательности основных этапов и технических действий на каждом этапе при использовании педагогической модели системной арт-терапии у детей младшего школьного возраста

Педагогическая модель арт-терапии с использованием авторской технологии ©«Эмоциональный арт-конструктор» (Копытин А.Т., 2017) была использована с целью психологической адаптации младших школьников в условиях лицея на основе развития эмоциональной сферы. Была разработана коррекционно-профилактическая программа «Мир эмоций и чувств» с применением ©«Эмоционального арт-конструктора», ориентированная на решение следующих задач:

- сформировать основы психологических знаний детей об эмоциях и чувствах, основных способах их выражения,
- обогатить словарный запас детей за счет слов, обозначающих различные эмоции, чувства и настроение;

- сформировать у детей навыки невербального выражения и распознавания эмоций и чувств на основе использования изобразительного искусства, музыки, пантомимики;
- развить коммуникативные навыки, связанные с вербальным и невербальным выражением чувств и эмоций;
- развить умение осознавать связь эмоций и чувств с поступками, социальным, межличностным контекстом;
- обучить детей базовым навыкам эмоциональной саморегуляции.

Развивающая программа реализовывалась на протяжении трех месяцев с периодичностью один раз в неделю (с января по март 2017 года) и включала десять групповых занятий, проводимых на базе лицея педагогом-психологом. Каждое занятие было рассчитано на один час. В группе участвовало пять человек.

Занятия включали информационную часть, связанную с предоставлением детям информации об эмоциях и чувствах, и практическую часть, предполагающую использование разных видов творческой и игровой активности – изобразительной деятельности (на основе стимульных материалов ©«Эмоционального арт-конструктора»), подбора музыкальных произведений (включенных в комплект методики), соответствующих разным эмоциям, передачу эмоций и чувств в танце или пантомиме, в том числе, под музыку.

Эффективности программы оценивалась с помощью таблицы наблюдений (фиксирующей работоспособность, импульсивность, преобладающий эмоциональный фон и коммуникативную активность детей во время занятий), рисуночного теста Сильвер, теста художественно-эмоционального восприятия (ТХЭВ), заполнения бланка самооценки (с обозначением текущего состояния на шкале настроения и раскрашиванием небольшого круга цветами, соответствующими текущему состоянию).

Каждое занятие было посвящено какой-то одной из базовых эмоций. Детям, как правило, предлагалось передать эту эмоцию на бумаге, выбрав

для нее наиболее подходящий фон и силуэт из набора «Эмоциональный арт-конструктор». При желании, дети могли дорисовать фон или создать его самостоятельно на отдельном листе бумаги, используя подходящие средства художественной выразительности (цвета, мазки, линии и др.).

Далее детям предлагалось подобрать музыкальное произведение, соответствующее обсуждаемой эмоции, и показать эту эмоцию в танце или пантомиме, представляя, как эта эмоция может переживаться человеком в некоторой воображаемой или реальной, связанной с отношениями ребенка, ситуации.

Заключительная экспрессивная часть занятия включала построение эмоционального портрета, соответствующего определенной эмоции, на основе использования готовых элементов ©«Эмоционального арт-конструктора».

Таблица 2

Учебно-тематический план занятий по программе развития эмоциональной сферы младших школьников «Мир эмоций и чувств»

Номер занятия П/П	Тема занятия	План занятия
1.	Вводное	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приветствие участников занятия, презентация программы, обсуждение правил занятий, представление ведущего 2. Входящая диагностика – «Рисуночный тест Сильвер, бланк самооценки, тест художественно-эмоционального восприятия 3. Игры и упражнения на групповое сплочение: «Поменяйтесь местами те, кто...», «Я тоже!» 4. Самопрезентация участников группы (техника «Изображение имени»). 5. Подведение итогов занятия
2	Эмоции и чувства и способы их выражения	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приветствие участников занятия, заполнение и краткое пояснение бланка самооценки 2. Сообщение ведущего на тему «Эмоции и чувства и разные способы их выражения» 3. Групповое создание «Карты эмоций и чувств» с использованием цветных карточек 4. Подведение итогов занятия
3	Радость, восторг	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приветствие участников занятия, заполнение и краткое пояснение бланка самооценки 2. Сообщение ведущего на тему «Радость и восторг»

		<p>3. Выбор фона и фигуры из набора «Эмоциональный арт-конструктор», соответствующих эмоции радости (восторга); построение и краткое пояснение композиции</p> <p>4. Выбор музыкального произведения, соответствующего эмоции радости (восторга); исполнение танца или пантомимы под музыку (индивидуально или совместно с другими участниками группы); краткое обсуждение впечатлений</p> <p>5. Создание эмоционального портрета, соответствующего эмоции радости (восторга), на основе использования готовых элементов «Эмоционального арт-конструктора»</p> <p>6. Подведение итогов занятия</p>
4	Интерес, удивление	<p>1. Приветствие участников занятия, заполнение и краткое пояснение бланка самооценки</p> <p>2. Сообщение ведущего на тему «Интерес и удивление»</p> <p>3. Выбор фона и фигуры из набора «Эмоциональный арт-конструктор», соответствующих эмоции интереса; построение и краткое пояснение композиции</p> <p>4. Выбор музыкального произведения, соответствующего эмоции интереса; исполнение танца или пантомимы под музыку (индивидуально или совместно с другими участниками группы); краткое обсуждение впечатлений</p> <p>5. Создание эмоционального портрета, соответствующего эмоции удивления, на основе использования готовых элементов «Эмоционального арт-конструктора»</p> <p>6. Подведение итогов занятия</p>
5	Раздражение, гнев	<p>1. Приветствие участников занятия, заполнение и краткое пояснение бланка самооценки</p> <p>2. Сообщение ведущего на тему «Раздражение и гнев»</p> <p>3. Выбор фона и фигуры из набора «Эмоциональный арт-конструктор», соответствующих эмоциям раздражения и гнева; построение и краткое пояснение композиции</p> <p>4. Выбор музыкального произведения, соответствующего эмоциям раздражения и гнева; исполнение танца или пантомимы под музыку (индивидуально или совместно с другими участниками группы); краткое обсуждение впечатлений</p> <p>5. Создание эмоционального портрета, соответствующего эмоции раздражения (гнева) на основе использования готовых элементов «Эмоционального арт-конструктора»</p> <p>6. Подведение итогов занятия</p>
6	Симпатия, нежность	<p>1. Приветствие участников занятия, заполнение и краткое пояснение бланка самооценки</p> <p>2. Сообщение ведущего на тему «Симпатия и нежность»</p> <p>3. Выбор фона и фигуры из набора «Эмоциональный арт-конструктор», соответствующих чувствам симпатии, нежности; построение и краткое пояснение композиции</p> <p>4. Выбор музыкального произведения, соответствующего чувствам симпатии и нежности; исполнение танца или</p>

		<p>пантомимы под музыку (индивидуально или совместно с другими участниками группы); краткое обсуждение впечатлений</p> <p>5. Создание эмоционального портрета, соответствующего чувствам симпатии и нежности, на основе использования готовых элементов «Эмоционального арт-конструктора»</p> <p>6. Подведение итогов занятия</p>
7	Отвращение, неприязнь	<p>1. Приветствие участников занятия, заполнение и краткое пояснение бланка самооценки</p> <p>2. Сообщение ведущего на тему «Отвращение, неприязнь»</p> <p>3. Выбор фона и фигуры из набора «Эмоциональный арт-конструктор», соответствующих эмоциям отвращения и неприязни; построение и краткое пояснение композиции</p> <p>4. Выбор музыкального произведения, соответствующего эмоциям отвращения и неприязни; исполнение танца или пантомимы под музыку (индивидуально или совместно с другими участниками группы); краткое обсуждение впечатлений</p> <p>5. Создание эмоционального портрета, соответствующего эмоциям отвращения и неприязни, на основе использования готовых элементов «Эмоционального арт-конструктора»</p> <p>6. Подведение итогов занятия</p>
8	Тревога и страх	<p>1. Приветствие участников занятия, заполнение и краткое пояснение бланка самооценки</p> <p>2. Сообщение ведущего на тему «Тревога и страх»</p> <p>3. Выбор фона и фигуры из набора «Эмоциональный арт-конструктор», соответствующих эмоциям тревоги и страха; построение и краткое пояснение композиции</p> <p>4. Выбор музыкального произведения, соответствующего эмоциям тревоги и страха; исполнение танца или пантомимы под музыку (индивидуально или совместно с другими участниками группы); краткое обсуждение впечатлений</p> <p>5. Создание эмоционального портрета, соответствующего эмоциям тревога или страха, на основе использования готовых элементов «Эмоционального арт-конструктора»</p> <p>6. Подведение итогов занятия</p>
9	Грусть	<p>1. Приветствие участников занятия, заполнение и краткое пояснение бланка самооценки</p> <p>2. Сообщение ведущего на тему «Грусть»</p> <p>3. Выбор фона и фигуры из набора «Эмоциональный арт-конструктор», соответствующих эмоции грусти; построение и краткое пояснение композиции</p> <p>4. Выбор музыкального произведения, соответствующего эмоции грусти; исполнение танца или пантомимы под музыку (индивидуально или совместно с другими участниками группы); краткое обсуждение впечатлений</p> <p>5. Создание эмоционального портрета, соответствующего</p>

		эмоции грусти, на основе использования готовых элементов «Эмоционального арт-конструктора» 6. Подведение итогов занятия
10	Итоговое	1. Приветствие участников занятия, заполнение и краткое пояснение бланка самооценки 2. Итоговая диагностика – «Рисуночный тест Сильвер, тест художественно-эмоционального восприятия» 3. Создание группового панно «Мир эмоций и чувств» с использованием фонов и фигур «Эмоционального арт-конструктора» иных художественных материалов 4. Подведение итогов программы

6. Критерии и методология оценки эффективности реализуемого метода, соответствующие принципам доказательной практики

Критерии и методология оценки эффективности арт-терапии, соответствующие принципам доказательной практики, определяются моделью арт-терапии (клиническая или неклиническая), а также целью и задачами ее применения, сроками и мишенями терапевтического воздействия. Ниже описаны критерии и методология оценки эффективности клинической системной арт-терапии (КСАТ), проводимой со следующими категориями клиентов (пациентов):

1. с ветеранами боевого стресса на базе психотерапевтического отделения Областного клинического госпиталя ветеранов войн (г. Волгоград);

2. у лиц с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ – наркозависимыми и алкоголезависимыми в ремиссии, получающими психосоциальную помощь на базе специализированного негосударственного реабилитационного учреждения в Санкт-Петербурге (клуб «Добрый Мельник и его друзья») и дневного стационара Отдела по противодействию наркомании и алкоголизму при Санкт-Петербургской епархии РПЦ.

6.1. Критерии и методология оценки эффективности клинической системной арт-терапии у ветеранов войн

При исследовании эффективности КСАТ у ветеранов войн в условиях психотерапевтического отделения была выдвинута следующая гипотеза: КСАТ, применяемая в форме короткого курса с ветеранами войн, может оказывать комплексное терапевтическое воздействие, приводить не только к симптоматическому улучшению состояния, но и положительным личностным изменениям, затрагивающим их значимые отношения, самовосприятие и качество жизни. Применение КСАТ вызывает более выраженные положительные изменения в этих сферах, по сравнению с пациентами, не участвующими в этой форме психотерапии, но получающих иные виды лечения (такие, как психофармакотерапия, терапия занятостью, физиотерапия).

Для оценки симптоматического улучшения и изменения значимых отношений и качества жизни использовалась следующая батарея тестов:

- симптоматический опросник SCL-90 (Derogatis, Lipman, Rickels, et al., 1974);
- опросник депрессивных состояний (ОДС) (Беспалько, 2004);
- задание на воображение рисуночного теста Сильвер (РТС) (Копытин, 2011, 2015);
- интегративный тест тревожности (ИТТ) (Вассерман, Трифонова, Щелкова, 2011);
- тест «Самочувствие–Активность–Настроение» (САН) (Доскин и др., 1976);
- Торонтская шкала алекситимии;
- опросник качества жизни ВОЗЖ-100 (Бурковский, Коцюбинский, Левченко и др., 1998).

Такое сочетание методов исследования подбиралось, с учетом ожидаемых терапевтических эффектов, связанным с выдвинутыми

гипотезами. Оно обеспечивало многомерность исследования, возможность измерения не только проявлений болезни в динамике, но и разнообразных личностных проявлений участников программы, а также особенностей их самовосприятия и происходящих изменений в биологическом, психологическом и социальном плане.

Применение данных методов дополнялось феноменологическим исследованием с применением методов наблюдения и экспертных оценок, связанных с поведенческими, вербальными и творческими проявлениями пациентов на разных этапах групповой работы включая формальные и содержательные особенности изобразительной продукции и особенности группового взаимодействия.

Все тесты применялись дважды – перед началом и в конце курса занятий (как правило, через месяц после их начала). Достоверность различий между исходными показателями и показателями через месяц в экспериментальных и контрольных группах рассчитывалась с применением критерия t Стьюдента для зависимых переменных. Достоверность различий между показателями в экспериментальных и контрольных группах рассчитывалась с использованием критерия u Манна-Уитни для независимых выборок.

В экспериментальном исследовании по оценке влияния КСАТ на качество жизни ветеранов войн принимали участие 130 пациентов, участников локальных вооруженных конфликтов преимущественно на территории Северного Кавказа и Афганистана, 65 из них составляли экспериментальную (опытную) группу, 65 – контрольную. За исключением арт-терапевтического вмешательства в экспериментальной группе, обе они находились в одинаковых условиях лечения, получая медикаментозную терапию, физиотерапевтическое лечение и индивидуальное консультирование лечащих врачей.

Средний возраст пациентов составил $41,09 \pm 1,00$ лет в опытной группе и $40,25 \pm 1,03$ в контрольной. По социально-демографическим и нозологическим характеристикам обе группы были достаточно хорошо сопоставимыми между собой для проведения адекватных сравнительных статистических исследований. Пограничная психическая патология в обеих группах была представлена органическими психическими расстройствами (F06), включавшими эмоционально-лабильные (астенические) (F06.6), тревожные (F06.4) и аффективные (F06.3), невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F4), расстройствами личности органической этиологии (F07) и аффективными расстройствами (F3).

В возрастном, половом и нозологическом плане экспериментальные и контрольные группы были рандомизированы.

6.2. Критерии и методология оценки эффективности арт-терапии в процессе реабилитации лиц с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ

КСАТ проводилась с клиентами, проходящими курс стационарной реабилитации на базе негосударственного реабилитационного учреждения в Санкт-Петербурге (клуб «Добрый Мельник и его друзья»). Начиная с 2015 г. программы арт-терапевтического сопровождения с использованием КСАТ стали проводиться также на базе дневного стационара, организованного Отделом по противодействию наркомании и алкоголизму при Санкт-Петербургской епархии РПЦ. При использовании КСАТ с данным контингентом на первый план выходили социальные (психосоциальные) аспекты помощи, позволяющие отнести проводимую с ними работу к социальной модели арт-терапии.

При исследовании эффективности арт-терапии в процессе реабилитации лиц с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ, была выдвинута следующая гипотеза: системная арт-терапия у лиц с психическими и поведенческими расстройствами вследствие

употребления ПАВ может оказывать комплексное терапевтическое воздействие, приводить не только к симптоматическому улучшению состояния, но и положительным личностным изменениям, затрагивающим их значимые отношения и самовосприятие.

Использовались следующие методики:

- тест «Самочувствие–Активность–Настроение» (САН) (Доскин и др., 1976),
- шкала депрессии Бека (Beck, Ward, Mendelson et al., 1961),
- интегративный тест тревожности (ИТТ) (Вассерман и др., 2001),
- тест для оценки пяти личностных характеристик, *Big Five* (экстраверсия, организованность, готовность к сотрудничеству, эмоциональная стабильность, личностные ресурсы) (Тер Лаак, Бругман, 2003);
- опросник творческих увлечений (Копытин, 2010, 2011).

Также осуществлялось наблюдение за творческими и коммуникативными проявлениями участников занятий и оценка их социального статуса в динамике (работа, семейные отношения, участие в общественной жизни и др.). Достоверность различий между исходными показателями и показателями спустя 9-27 месяцев после начала арт-терапевтических занятий у участников экспериментальной группы рассчитывалась с применением критерия t Стьюдента для зависимых переменных. Достоверность различий между показателями в экспериментальной и контрольной группе рассчитывалась с использованием критерия u Манна-Уитни для независимых выборок.

В исследовании приняли участие 52 пациента. Экспериментальную группу составили 27 человек, 15 мужчин и 12 женщин в возрасте от 24 до 32 лет (средний возраст 28 лет). Все они прошли курс стационарной реабилитации, участвовали в групповой арт-психотерапии, а после выписки включились в работу КОК. Сроки посещения клуба разными участниками исследования варьировались от 6 до 24 месяцев. Среди обследуемых было 13 ВИЧ-

инфицированных лиц, из них четверо получали высокоактивную антиретровирусную терапию, наблюдались у врачей-инфекционистов. Стаж употребления наркотиков у участников исследования варьировался от 5 до 12 лет. У значительного числа участников программы имелась полинаркомания или героиновая зависимость; 10% от общего числа реабилитируемых употребляли так называемые новые наркотики (соли, кислоты, галлюциногены).

Тестирование и анкетирование участников экспериментальной группы проводилось дважды: первый раз – на начальном этапе арт-терапевтической работы; второй раз – спустя разные сроки (от 9 до 27 месяцев) после первого обследования, во время посещения клубных занятий и ДС. Сроки ремиссии у большинства участников экспериментальной группы в момент первичного обследования были незначительны и варьировались от двух недель до 11 месяцев (средняя продолжительность ремиссии при первичном обследовании составляла полтора месяца). В момент повторного тестирования сроки ремиссии варьировались от 10 до 28 месяцев (средняя продолжительность ремиссии 15 месяцев). За период наблюдения участники экспериментальной группы никакой иной формы психологической помощи, кроме арт-терапии, не получали.

Для доказательства того, что полученные лечебно-реабилитационные эффекты связаны с арт-терапией, а не фактором времени или иными факторами, данные экспериментально-психологического в экспериментальной группе были сопоставлены с данными контрольной группы. Контрольную группу составили 25 наркозависимых (17 мужчин и 8 женщин) со сроками ремиссии от 8 до 26 месяцев (средний срок ремиссии 14 месяцев), не проходивших арт-терапию. Средний возраст участников контрольной группы составлял 28 лет, а сроки употребления ПАВ у них соответствовали срокам употребления у участников экспериментальной группы. Все они ранее в разном объеме получали ту или иную психологическую поддержку (индивидуальное консультирование или

занятия в группе «анонимных наркоманов»), либо прошли 12-шаговую реабилитационную программу. Участники контрольной группы обследовались однократно, с применением тех же методик, что и члены экспериментальной группы.

7. Выявленная динамика по основным мишеням (на основании анализа имеющихся результатов использования метода клинической системной арт-терапии)

7.1. Выявленная динамика по основным мишеням при использовании КСАТ у ветеранов войн

В результате проведенного исследования показана высокая терапевтическая эффективность КСАТ, проявленная в положительном влиянии на симптоматический статус, личностные характеристики и систему отношений пациентов, качество жизни. Участники экспериментальной группы обнаружили более выраженные положительные сдвиги в симптоматическом статусе, личностных характеристиках и качестве жизни, по сравнению с контролем.

Данные применения симптоматических методик (SCL-90, ОДС-2 и ИТТ), показывают снижение выраженности расстройств, охватывающих невротический и психотический регистры, в обеих экспериментальных группах. Несмотря на симптоматическое улучшение в контрольных группах, оно менее выражено, чем у участников арт-терапевтической программы (табл. 1).

Наиболее выраженные различия при сравнении двух групп в госпитале ветеранов войн касались показателей тревожности (согласно данным ИТТ), депрессии (согласно ОДС-2), субъективной оценки пациентами активности и настроения (согласно тесту САН), показателей алекситимии (согласно торонтской шкале), а также когнитивных и эмоциональных показателей

рисуночных тестов Сильвер. Сопоставление показателей SCL-90 с использованием критерия Манна-Уитни по окончании программы выявило значимые различия между группами с более низкими уровнями интерперсональной сенситивности, тревожности, враждебности и фобической тревоги в экспериментальной группе (табл. 2).

Таблица 2.

Сравнение показателей исследования в экспериментальной и контрольной группах после завершения программы арт-терапии

Тесты и шкалы	Экспериментальная группа М ± m	Контрольная группа М ± m
<i>SCL-90:</i>		
Соматизация	0,56 ± 0,07	0,62 ± 0,08
Обсессивность/компульсивность	0,63 ± 0,08	0,79 ± 0,10
Интерперсональная сенситивность	0,55 ± 0,07	0,70 ± 0,11
Депрессия	0,47 ± 0,07	0,67 ± 0,10*
Тревожность	0,44 ± 0,07	0,61 ± 0,10
Враждебность	0,45 ± 0,07	0,73 ± 0,13*
Фобическая тревога	0,28 ± 0,07	0,34 ± 0,08
Параноидное мышление	0,51 ± 0,07	0,61 ± 0,11
Психотизм	0,26 ± 0,06	0,40 ± 0,08
Дополнительные пункты	0,58 ± 0,10	0,66 ± 0,09
GSI	0,48 ± 0,06	0,62 ± 0,09
PSI	31,26 ± 3,13	38,41 ± 4,44
PDSI	1,29 ± 0,04	1,32 ± 0,05
<i>ОДС-2 (Т-показатели):</i>		
Шкала «норма-депрессия»	66,18 ± 2,59	73,69 ± 3,05**
Шкала «эндогенная-невротическая депрессия»	47,12 ± 1,46	45,22 ± 2,03
<i>ИТТ СТЛ (личностная тревожность):</i>		
ОБЩ	4,44 ± 0,38	6,56 ± 0,36**
ЭД	4,88 ± 0,32	6,38 ± 0,37**
АСТ	4,96 ± 0,35	6,59 ± 0,36**
ФОБ	3,54 ± 0,37	5,31 ± 0,37**
ОП	5,00 ± 0,36	6,34 ± 0,36**
СЗ	4,00 ± 0,42	4,31 ± 0,44*
<i>ИТТ СТС (ситуативная тревожность):</i>		
ОБЩ	3,58 ± 0,35	5,28 ± 0,46**
ЭД	3,50 ± 0,30	4,91 ± 0,44**
АСТ	4,10 ± 0,34	5,34 ± 0,43**
ФОБ	3,04 ± 0,34	4,34 ± 0,46**
ОП	4,82 ± 0,38	5,88 ± 0,41
СЗ	4,16 ± 0,36	5,16 ± 0,41
<i>Торонтская шкала</i>		
	63,32 ± 2,35	70,53 ± 2,53*
<i>Тест САН:</i>		
Самочувствие	5,39 ± 0,11	5,01 ± 0,14
Активность	5,22 ± 0,12	4,54 ± 0,17*
Настроение	5,48 ± 0,12	4,77 ± 0,18*
<i>Рисуночный тест Сильвер:</i>		
Шкала эмоционального содержания	3,42 ± 0,13	3,05 ± 0,19*
Шкала оценки образа «Я»	3,56 ± 0,09	3,23 ± 0,16*
Способность выбирать	4,49 ± 0,07	4,05 ± 0,14*
Способность комбинировать	4,69 ± 0,08	4,45 ± 0,13
Способность представлять	4,62 ± 0,07	4,14 ± 0,16*
Общая оценка по когнитивным шкалам	13,82 ± 0,16	12,68 ± 0,31*

Примечание: ОБЩ – общий показатель тревожности; ЭД – эмоциональный дискомфорт; АСТ – астенический компонент; ФОБ – фобический компонент; ОП – оценка перспективы; СЗ – социальная защитная реакция (социофобия); * – различие достоверно при $P < 0,05$; ** – различие достоверно при $P < 0,001$.

Достаточно выраженной и заметно превышающей соответствующие изменения в контрольной группе оказалась динамика качества жизни пациентов, участвующих в арт-терапевтической программе. Изначально качество жизни ветеранами оценивается в целом неблагоприятно. Только одна из основных сфер, сфера социальных взаимоотношений, оценивалась респондентами обеих групп относительно благополучно. Пять остальных сфер, физическая, психологическая, духовная сферы, а также уровень независимости и сфера окружающей среды соответствовали среднему уровню КЖ. Различий по этим показателям между двумя группами не выявлено. Хуже всего в ранговом отношении в обеих группах оценивалась физическая сфера, психологическая сфера и окружающая среда. Такая же тенденция в целом отмечалась и для показателей субсфер КЖ., большинство из которых также соответствовало среднему уровню. Наименее благоприятно респонденты опытной и контрольной групп оценили субсферу финансовых ресурсов, что соответствует критерию плохого качества жизни. В обеих группах наинизшие ранги занимали показатели шкал, характеризующие уровень физической боли и дискомфорта, качества сна и отдыха, жизненной активности, энергии и усталости, отрицательных и положительных эмоций. Таким образом, сравнение всех 32 исходных (фоновых) показателей КЖ не выявило каких-либо существенных различий между двумя исследуемыми группами, что предоставляло обоснованную возможность дальнейшего адекватного статистического исследования.

Принципиально иная картина отмечалась при проведении ретеста через месяц. Хотя почти все показатели КЖ в обеих группах повысили свое

значение, однако уровень изменений в контрольной и опытной группах отличался кардинально. При сравнении с нормативными значениями выявлено, что в опытной группе три основные сферы из пяти увеличили свое значение на качественный порядок и стали соответствовать хорошему уровню КЖ (психологическая, духовная сфера и уровень независимости). В контрольной же группе критериям хорошего КЖ стала соответствовать только одна сфера - уровень независимости. Такая же тенденция отмечалась для показателей субсфер КЖ. В опытной группе показатели девяти из 24 шкал перешли на более высокий качественный регистр, со среднего на хороший уровень КЖ, в контрольной же группе соотношение количества шкал, соответствующих среднему и хорошему уровню КЖ осталось без изменений.

При сравнении показателей КЖ в каждой из групп в динамике, по сравнению с исходными значениями, выявлено, что в опытной группе почти все основные сферы, за исключением одной (сферы социальных взаимоотношений), повысили свои значения на статистически значимом уровне ($p < 0,01$; для окружающей среды $p < 0,05$). В контрольной же группе, значение только одной физической сферы изменилось достоверно. На уровне субсфер это соотношение выглядит как 14 из 24 субсфер в опытной группе против 5 из 24 в контрольной. Таким образом, в группе участников арт-терапии достоверное увеличение значений субсфер КЖ произошло более чем у половины показателей, что составляет 58% от их общего числа. В контрольной же группе достоверное увеличение значений субсфер КЖ произошло только у 21 % показателей. Кроме того, в опытной группе в отличие от контрольной, показатель общего качества жизни и состояния здоровья и рассчитанный индекс общей оценки качества жизни также повысили свои значения на статистически достоверном уровне.

При сравнении двух исследуемых групп через месячный срок выявлено, что абсолютные значения практически всех показателей, за исключением двух субсфер, в опытной группе превышали аналогичные показатели в

контрольной группе. Исключение из общей тенденции составили показатели двух субсфер, характеризующих личные отношения и сексуальную активность из сферы социальных отношений, для которой не выявлено какой-либо значимой динамики ни в опытной, ни в контрольной группе. При этом значения шкал двух основных сфер, физической и духовной, в экспериментальной группе достоверно превышали аналогичные значения в контрольной группе. На уровне субсфер достоверные отличия отмечены для четырех из них, в частности, для двух, входящих в физическую сферу (жизненная активность, энергия и усталость и сон и отдых), одной в составе психологической сферы (положительные эмоции) и соответственно субсферы духовности/религии/личные убеждений, которая фактически является показателем духовной сферы. Показатель общей оценки КЖ в опытной группе также достоверно превышал аналогичное значение контроля.

Для более детальной качественной оценки влияния арт-терапии на КЖ целесообразно рассмотреть прирост значений показателей основных шкал в процентах относительно исходного уровня и отметить его разницу (дельту). Это позволяет исключить те факторы воздействия на экспериментальную группу, которые были общими для обеих групп, а также нивелировать исходные минимальные различия между фоновыми показателями КЖ.

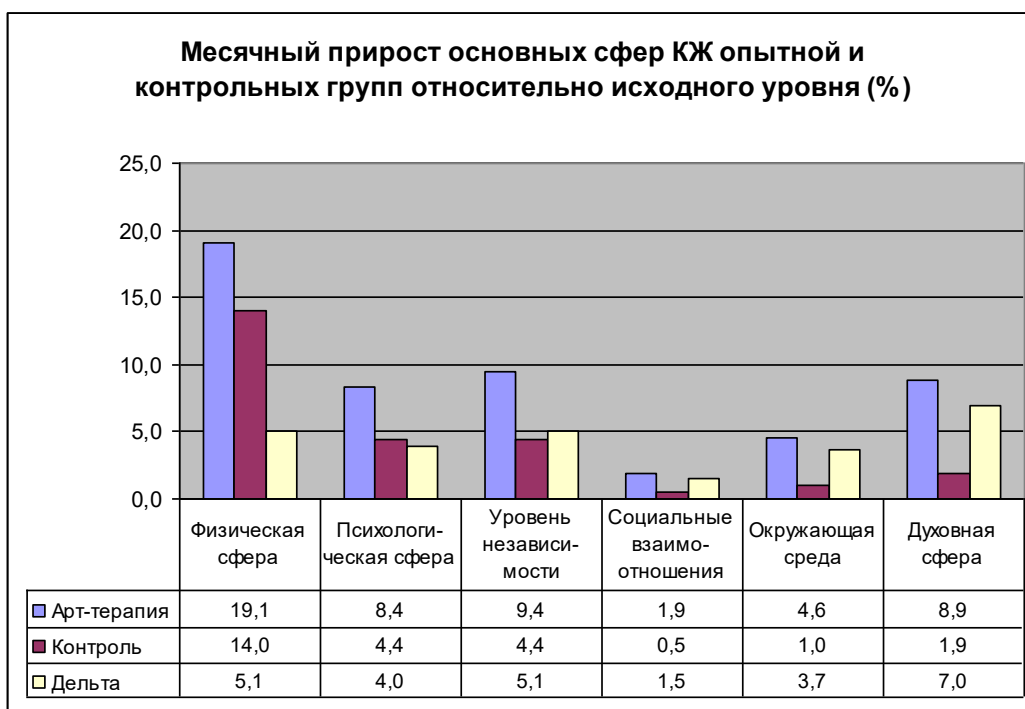


Рис. 1 Месячный прирост показателей основных сфер качества жизни в опытной и контрольной группах относительно исходного уровня (%)

Рис.1 наглядно демонстрирует значительно больший прирост значений показателей основных шкал КЖ в опытной группе относительно контрольной и одновременно показывает его неравномерность. Как видно из диаграммы, наибольшее влияние арт-терапия оказала на изменение степени благополучия в духовной сфере (7%). Это может свидетельствовать о приоритетном росте субъективной удовлетворенности духовными аспектами своего существования, включающими систему личных верований и убеждений, придающих ощущение смысла, ценности и перспективы жизни. Рост в этой сфере также указывает на положительные изменения ценностных ориентаций, усиление творческой направленности личности. При трактовке данного феномена подчеркивается, что для многих людей, личные убеждения и духовность являются источниками чувства комфорта, благополучия, безопасности, осмысленности, целеустремленности и силы, принадлежности к некоторой общности (Бурковский, Коцюбинский, Левченко и др., 1998).

На втором месте значимости положительных изменений, согласно данным исследования, находятся изменения в физической сфере и уровне независимости (по 5.1%). Это характеризует возросший уровень удовлетворенности телесными аспектами существования, включающими способность восстанавливать свое хорошее самочувствие с помощью отдыха и сна, жизненную активность с ощущением подъема энергии и сил, уменьшение чувства усталости и физического дискомфорта. Все это отражает как симптоматическое улучшение состояния, так и увеличившуюся способность справляться с повседневными делами.

Следующей по рангу изменений является психологическая сфера (4%), наиболее значительный вклад в которую (учитывая достоверные отличия от контрольной группы) внесла субсфера положительных эмоций, что отражает возросшую способность пациентов испытывать положительные чувства, а также их более оптимистичное отношение к своему будущему. Повышение показателей в данной субсфере представляется особенно значимым, поскольку для многих пациентов увеличения уровня испытываемых положительных эмоций является синонимом повышения качества жизни вообще (Бурковский, Коцюбинский, Левченко и др., 1998).

Существенный вклад в увеличение общей удовлетворенности психологической сферой внесли позитивные изменения в оценке познавательных функций, включающих мнение о собственном мышлении, памяти, способности к концентрации внимания, принятию решений, усвоению нового (обучению). Показатель данной шкалы имеет наибольший прирост своего значения в динамике (9%) среди всех исследуемых субсфер КЖ относительно контроля, что может свидетельствовать о существенном влиянии используемой модели арт-терапии на когнитивные функции пациентов. Кроме того, определенное значение для более благополучной оценки психологической сферы имели положительные изменения в восприятии своего тела и в самооценке, а также уменьшение уровня испытываемых отрицательных эмоций.

Позитивное изменение отношения к сфере окружающей среды занимает предпоследнее место в рассматриваемом ранговом порядке. Прирост показателя данной шкалы по сравнению с контрольной группой составил 3,7% преимущественно за счет двух субсфер - свободы, физической безопасности и защищенности и возможности для отдыха и развлечений.

В сфере социальных отношений какой-либо отчетливой динамики показателей не выявлено. Общий прирост в этой сфере составил 1,5% относительно контрольной группы. Этот факт позволяет предположить, что воздействие арт-терапии на данную сферу было минимальным.

Выявленная динамика по основным мишеням при использовании КСАТ у ветеранов войн позволяет сделать следующие *выводы*:

1. Клиническая системная арт-терапия, применяемая в форме короткого курса интерактивной групповой арт-терапии у пациентов с ППР, оказывает комплексное терапевтическое воздействие, приводит не только к симптоматическому улучшению состояния, но и положительным личностным изменениям, затрагивающим значимые отношения пациентов (включая самоотношение) и качество жизни.

2. Терапевтические эффекты КСАТ проявляются в симптоматическом улучшении: снижении депрессивных, тревожно-фобических, агрессивных, соматизированных, обсессивно-компульсивных, ипохондрических проявлений, коррекции поведения и мыслительной деятельности, повышении активности и контактности больных. Положительные изменения в сфере личностного и социального функционирования связаны с ростом самоуважения и самопринятия, креативности, улучшением понимания своих переживаний, положительными изменениями в сфере ценностных ориентаций, а также улучшением познавательных навыков, межличностных отношений, ростом субъективной удовлетворенности разными сферами жизни.

3. Применение КСАТ вызывает более выраженные положительные изменения на симптоматическом и личностном уровне, по сравнению с

пациентами, не участвующими в этой форме психотерапии, но получающих иные виды лечения (такие, как психофармакотерапия, терапия занятостью, физиотерапия).

4. Важное значение экзистенциальных и духовных факторов в достижении терапевтических эффектов КСАТ подтверждается более тесной связью творческой продукции и группового взаимодействия пациентов с тематикой обретения цели и смысла жизни, ценности труда, человеческих отношений, природной и культурной среды. Признаком важного значения этих факторов также является максимальное среди других сфер качества жизни повышение показателей (7%) в экспериментальной группе именно в духовной сфере.

5. Неравномерное улучшение разных аспектов функционирования пациентов, регистрируемых с помощью опросника качества жизни, свидетельствует о комплексном, и, в тоже время, дифференцированном воздействии КСАТ на различные сферы КЖ с преимущественным воздействием на духовную сферу.

7.2. Выявленная динамика по основным мишеням при использовании КСАТ в процессе реабилитации лиц с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ

Данные первичного обследования участников экспериментальной группы свидетельствуют о неблагоприятном эмоциональном фоне, плохом самочувствии и негативной оценке ими своих личностных качеств. Согласно данным теста САН, только у пяти из 27 человек показатели самочувствия, активности и настроения слегка превышали 4 балла, у остальных они были значительно ниже 4 баллов. Применение шкалы оценки депрессии Бека показало, что у 15 человек имелись признаки депрессии, причем у 6 из них оценки находились в диапазоне 18-26 баллов, указывая на умеренно выраженную депрессию (невротическую депрессию), а 9 человек оценки по этой шкале превышали 26 баллов, что свидетельствовало о выраженной

депрессии. Лишь у троих человек оценка, согласно шкале депрессии Бека, была ниже 9 баллов (отсутствие депрессии), у остальных она находилась в зоне неопределенных значений (9-17 баллов). Применение теста ИТТ в экспериментальной группе указывает на повышенный уровень ситуативной и личностной тревожности у 19 человек (выше 6 станайнов).

Согласно данным теста для оценки личностных характеристик, у подавляющего большинства реабилитируемых (22 человека) фоновые показатели личностных характеристик соответствовали категориям «низкие» или «ниже среднего». Только у 5 человек они соответствовали категориям «средние» или «выше среднего». Таким образом, восприятие большинством испытуемых своих личностных характеристик, таких как экстраверсия, самосознание/организованность, готовность к согласию и сотрудничеству, эмоциональная стабильность и личностные ресурсы (креативность) было негативным.

Применение опросника творческих увлечений (ОТУ) в начале курса реабилитации показало, что уровень творческой активности у большинства участников экспериментальной группы не высок. Наиболее популярными видами культурного досуга оказались чтение литературы (13 человек) и музыка (13 человек). Увлечение музыкой было, в основном, связано с коллекционированием и прослушиванием музыкальных записей, а также посещением концертов популярных исполнителей. Пели или играли на музыкальных инструментах шесть человек. Десять человек также интересовались изобразительным искусством и художественной фотографией, хотя при этом сами рисовали или занимались художественной съемкой только пять человек. Один человек имел профессиональный опыт дизайнерской и реставрационной работы, другой – разрабатывал архитектурно-строительные проекты. Одна женщина до поступления в РЦ увлекалась историей Санкт-Петербурга и даже участвовала в выставках художественной фотографии. Семь человек были равнодушны к театру, но в театральной студии занимался только один человек. Активно занимались

танцами (регулярно танцевали или занимались в танцевальной студии) только два человека.

Повторное обследование участников экспериментальной группы показало более или менее значительное улучшение показателей самочувствия и эмоционального фона, более позитивную оценку личностных характеристик и рост творческой увлеченности у подавляющего большинства участников программы. Повторное применение теста САН показано, что только у двух из 27 человек показатели самочувствия, активности и настроения остаются низкими, у остальных же 25 человек они в основном превышают 4 балла. Как следует из данных, представленных в таблице 11.2., все три средних значения показателей САН через 9-27 месяцев занятий САТ повысились. Различия достоверны по всем трем показателям.

Повторное применение шкалы депрессии Бека указывает на положительную динамику эмоционального фона у 17 из 27 человек. У 12 человек, выявлявших признаки депрессии во время первичного обследования, произошло снижение показателей шкалы, указывающее либо на отсутствие депрессии, либо снижение показателей депрессии до зоны неопределенных значений. У трех человек показатели шкалы не изменились или изменились слабо. Лишь у одного человека на момент повторного обследования было отмечено некоторое ухудшение эмоционального фона: оценка по шкале Бека у него превышала 26 баллов, указывая на наличие умеренно выраженной (невротической) депрессии. Средний показатель шкалы по группе в целом снизился с $22,85 \pm 2,62$ до $10,44 \pm 2,05$ (различие достоверно при $P < 0,05$).

Повторное применение теста ИТТ показало заметное снижение показателей обеих шкал. Положительная динамика общего индекса ситуативной тревожности отмечена у 21 из 27 человек, отсутствие динамики – у пяти человек, отрицательная динамика – у одного человека. При этом у 12 человек уровень ситуативной тревожности, хотя и снизился, но все же остается повышенным и соответствует 6 или 7 стаянам. Положительная

динамика общего показателя личностной тревожности отмечена у 20 из 27 человек, отсутствие динамики – у четырех человек, отрицательная динамика – у трех человек. Однако при некотором снижении личностной тревожности, она все же остается повышенной и соответствует 6 или 7 стаянам у 15 человек.

Повторное применение методики для оценки личностных характеристик показало положительные изменения в восприятии участниками арт-психотерапии своих личностных качеств, связанных с пятифакторной моделью личности, таких как экстраверсия, самосознание/организованность, готовность к согласию и сотрудничеству, эмоциональная стабильность и личностные ресурсы (креативность), у 23 человек. Такая динамика отмечена у них по трем и более личностным характеристикам. У трех человек восприятие своих личностных качеств не изменилось, а у одного человека отмечена отрицательная динамика. Оценка большинством реабилитируемых своих личностных качеств повысилась и перешла из категорий «низкие» или «ниже среднего» в категории «средние», «выше среднего» или «высокие». У восьми человек оценка личностных характеристик соответствовала категории «ниже среднего», а у одного – категории «низкие».

Повторное применение ОТУ свидетельствует о существенном росте как импрессивной, так и экспрессивной составляющей творческой активности у 17 испытуемых. Показатели творческой экспрессии и импрессии по группе в целом при повторном обследовании превышают исходные показатели (различие достоверно при $P < 0,001$). Рост творческой увлеченности отмечен в разных формах творческого самовыражения или жанрах искусства. В наибольшей мере повысился интерес к изобразительному искусству: Число тех, кто интересуется изобразительным искусством и сам рисует, возросло с восьми до 18 человек по импрессивной составляющей и с четырех до 13 человек по экспрессивной составляющей. Также существенно увеличилось число тех, кто интересуется литературой (с 12 до 18 человек) или даже сам пишет стихи и прозу, включая ведение дневников (с двух до десяти человек).

20 из 27 человек отметили, что занятия тем или иным видом творческого досуга сопровождаются положительными эффектами: успокаивают, приносят радость, удовлетворение, отвлекают от неприятных мыслей, способствуют выражению чувств, лучшему пониманию себя, налаживанию отношений с другими людьми, повышают самооценку, поддерживают жизненный тонус, помогают думать, получать новые впечатления.

В целом, повторное обследование участников экспериментальной группы показало статистически значимое (с уровнями от $P < 0,05$ до $P < 0,001$) улучшение большинства показателей экспериментально-психологического исследования, включая показатели самочувствия и эмоционального фона, личностных характеристик, творческой увлеченности. У многих была также отмечена положительная динамика в сфере трудовой и учебной деятельности. Во время первичного обследования не имели работу шесть человек. На момент же повторного обследования лишь один человек являлся безработным, остальные имели временную или постоянную работу. При этом специалистом работал один человек, единственное из всей группы лицо с законченным высшим образованием. Семь человек продолжили обучение в ВУЗах (заочная или вечерняя форма обучения), совмещая учебу с работой.

За период наблюдения число семейных возросло с 12 до 20 человек, у четырех человек родились дети. За этот период пять человек также стали принимать активное участие в общественной деятельности, став членами общественных организаций и движений. Три человека, например, стали волонтерами-консультантами Центра по профилактике и борьбе со СПИДом Комитета по здравоохранению Ленинградской области.

Сравнение результатов первичного и повторного исследования в экспериментальной группе с результатами исследования в контрольной группе показало, что средние значения ряда тестов в контрольной группе более благоприятны, по сравнению с фоновыми показателями в экспериментальной группе, но практически не отличаются от показателей повторного исследования. Это, в частности, касается показателей теста САН

и шкалы Бека, а также показателей ситуативной тревожности ИТТ. Менее благоприятные показатели экспериментальной группы во время ее первичного исследования, по сравнению с контрольной группой, являются ожидаемыми и указывают на имеющиеся эмоциональные нарушения и плохое самочувствие у большинства испытуемых с минимальными сроками ремиссии, которые не участвовали ранее в каких-либо лечебно-реабилитационных программах. Отсутствие различий в показателях теста САН, шкалы Бека и шкалы ситуативной тревожности ИТТ в контрольной и экспериментальной групп во время ее повторного обследования можно рассматривать как признак симптоматического улучшения, связанного с эмоциональным состоянием и самочувствием испытуемых обеих групп.

Показатели других методик в экспериментальной группе во время ее повторного исследования (тест Большая пятерка, опросник ОТУ, шкала личностной тревожности ИТТ) оказались более благоприятны, по сравнению с контрольной группой, свидетельствуя о достигнутых ее участниками более выраженных положительных изменений по ряду личностных характеристик. Так, участники экспериментальной группы во время повторного исследования более высоко оценили такие свои личностные характеристики, как самосознание/организованность, эмоциональная стабильность и личностные ресурсы ($P < 0,01$). Кроме того, во время повторного обследования участники экспериментальной группы обнаружили достоверно более низкие показатели личностной тревожности, по сравнению с контролем ($P < 0,01$). Достоверно более высокими ($P < 0,001$) – как по импрессивной, так и экспрессивной составляющей – являются показатели ОТУ во время повторного обследования экспериментальной группы, по сравнению с контрольной группой.

Выявленная динамика по основным мишеням при использовании КСАТ у ветеранов войн позволяет сделать следующие *выводы*:

1. Клиническая системная арт-терапия, применяемая в форме интерактивной группы в рамках пролонгированных лечебно-

реабилитационных программ у лиц с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ, является эффективным видом психологической помощи. Это подтверждается благоприятной динамикой симптоматического статуса участников арт-терапевтических программ, положительными изменениями их личностного функционирования, развитием комплекса навыков и здоровых потребностей, обеспечивающих психосоциальную адаптацию, усилением творческой направленности личности.

2. Применение КСАТ вызывает более выраженное положительное воздействие на ряд личностных характеристик, прежде всего, творческую направленность личности, уровень самосознания и организованности, по сравнению с лицами, не участвующими в этой форме психотерапии, но получающих иные виды психосоциальной помощи (такие, как трудотерапия, терапия занятостью и некоторые другие).

8. Способы документирования и архивирования динамики и результатов арт-терапевтического процесса

Способы документирования и архивирования динамики и результатов арт-терапевтического процесса связаны со спецификой методов арт-терапии и организационными процедурами, предусмотренных на разных этапах арт-терапии. К организационным процедурам *предварительного (отборочного) этапа арт-терапии* относится: (1) первичное интервьюирование кандидатов на участие в индивидуальных и групповых занятиях, (2) проведение совещаний со специалистами (членами полипрофессиональной бригады – прежде всего, лечащим врачом при работе в лечебно-реабилитационном учреждении, педагогами, воспитателем – в образовательном учреждении и т.д.).

В результате предварительного собеседования с пациентом и с лечащим

врачом, консультаций со специалистами, в амбулаторной карте (истории болезни) лечащим врачом может быть сделана соответствующая запись. Специалист арт-терапевтического кабинета (арт-центра), в свою очередь, также может сделать такую запись в рабочем журнале. Такая запись может представлять собой заключение о состоянии клиента и его пригодности для индивидуальных или групповых арт-терапевтических занятий. В записи должно быть отражено следующее:

- особенности клинического состояния;
- рекомендуемая форма арт-терапии;
- задачи и мишени арт-терапии;
- предполагаемые трудности, связанные с участие кандидата в арт-терапевтической программе;
- предполагаемые положительные эффекты, которые при этом могут быть достигнуты.

К организационным процедурам *начального, переходного, основного (рабочего) и завершающего* этапов арт-терапии можно отнести следующие действия специалиста арт-терапевтического кабинета (арт-центра):

1. регистрация хода арт-терапевтических занятий;
2. оценка промежуточных результатов арт-терапии и целесообразности ее продолжения либо перевода пациента на иную форму работы;
3. оценка конечных результатов арт-терапии.

Данные организационные процедуры сопровождаются оформлением соответствующих документов. В первом случае такими документами являются журнал посещений и хода арт-терапевтических занятий; во втором — промежуточное резюме; в третьем — заключительное резюме.

Хотя *журнал посещений* может вестись отдельно от *журнала регистрации хода арт-терапевтических занятий*, их целесообразно объединять в единый документ. В настоящее время в разных странах используются разные формы регистрации арт-терапевтической работы, которые можно адаптировать к конкретным условиям деятельности

специалиста. При ведении журнала посещений и регистрации хода арт-терапевтических занятий специалист может использовать, например, следующие регистрационные формы:

- формализованный бланк;
- развернутое описание по схеме;
- хронограмму групповых арт-терапевтических занятий.

Формализованный бланк заполняется на каждом занятии и содержит следующие пункты:

- дата и время проведения занятия;
- фамилия (или фамилии) участника (участников) занятия;
- основная тема (темы);
- используемые участником (участниками) изобразительные материалы и виды деятельности (обсуждения, физические упражнения и игры, драматизация и т. д.);
- высказывания участника (участников) занятия в ходе работы и особенности его (их) невербальной экспрессии;
- взаимодействие со специалистом или другими участниками;
- отношение участника (участников) занятия к работе;
- процесс изобразительной работы (этапы создания визуальных образов) или иной творческой активности;
- краткое описание изобразительной продукции участника (участников) занятия;
- объяснение участником (участниками) занятия содержания своей изобразительной продукции (формальное объяснение или психологическое толкование с элементами инсайта);
- наблюдаемые ведущим групповые феномены и процессы.

Развернутое описание группового занятия по схеме содержит следующие пункты:

- ФИО участников занятия, кто отсутствовал;
- ведущий/ведущие;

- дата и время занятия, какое занятие по счету;
 - цель и задачи занятия;
 - тема (темы), используемые упражнения и задания;
 - общая атмосфера в группе в начале, в конце и в середине занятия;
- общий характер взаимодействия;
- что происходило в группе, как вели себя отдельные участники (что делали, как участвовали в обсуждении);
 - каково было участие ведущего и ассистента в ходе занятия и их взаимодействие;
 - итоги занятия, планы относительно дальнейшей работы.

Формализованный бланк и развернутое описание по схеме могут дополняться формулировкой специалистом тех или иных гипотез, которые позволяют ему объяснить мотивы действий участников занятий, смысл создаваемой ими изобразительной продукции, а также наблюдаемого им взаимодействия участников друг с другом и специалистом. Формулируемые им гипотезы также могут быть связаны с его попытками объяснить переживаемые им самим в связи с групповой работой чувства. Вполне оправданным является также использование специалистом при регистрации хода групповых арт-терапевтических занятий элементов *ретроспективного, разноуровневого и интегративного анализа.*

Ретроспективный анализ может быть связан с попытками специалиста ответить на следующие вопросы.

- Как соотносится данное занятие с предыдущими (с точки зрения ведущих тем, используемых участником или участниками материалов, их поведения и взаимодействия друг с другом и ведущим, содержания их изобразительной продукции, проявляемых в работе групповых процессов и феноменов и т. д.)?
- Было ли в ходе данного и предыдущих занятий нечто повторяющееся и характерное в поступках, переживаниях, высказываниях и изобразительной продукции участников, в переживаниях и поведении группы в целом, в

чувствах и поведении самого психотерапевта?

Разноуровневый анализ имеет своей целью:

- установление специалистом определенной связи между собственными взглядами и верованиями и своим отношением к происходящему во время занятия;

- объяснение им того, что происходило во время занятия, с использованием личных гипотез и верований;

- объяснение им того, что происходило во время занятий, с использованием тех или иных теоретических представлений (собственно, формулировка рабочих гипотез);

- определение возможной связи между личными взглядами и верованиями и теми теоретическими представлениями, которые он использует для объяснения происходящего во время занятий.

Интегративный анализ представляет собой резюме специалиста относительно того:

- какой опыт, по его мнению, смогли получить конкретный клиент или группа благодаря участию в данном занятии;

- как это на них повлияло;

- какое значение это может иметь для решения краткосрочных и долгосрочных задач арт-терапии;

- какое значение это имеет для дальнейшей работы данного клиента или группы.

Оценка промежуточных результатов арт-терапии и целесообразности ее продолжения либо перевода клиента на иную форму или модель работы может осуществляться по-разному, в том числе:

- проводиться специалистом арт-терапевтического кабинета (арт-центра) самостоятельно;

- проводиться им совместно с котерапевтом;

- проводиться совместно с другими специалистами (прежде всего, лечащим врачом).

К некоторым способам оценки промежуточных результатов арт-терапии можно отнести:

- клиническую и психологическую оценку психического состояния участников арт-терапии. в том числе с использованием вербальных и графических тестов и шкал;
- отчеты самих участников занятий о наблюдаемых ими наиболее значимых изменениях в своем состоянии и системе отношений, выполняемые ими либо в свободной форме, либо в соответствии с определенной схемой (формализованное интервью);
- оценку индивидуальной и групповой динамики и отношений в группе, а также отношений участников занятий со специалистом;
- оценку интересов, увлечений и отношений участников занятий с другими людьми за пределами группы (включая их родственников, знакомых и представителей более широкого социального окружения);
- оценку изобразительной продукции участников занятий с использованием комплекса формальных и содержательных критериев.

По завершении всесторонней оценки промежуточных результатов арт-терапии, специалист арт-терапевтического кабинета (арт-центра) составляет *промежуточное резюме*. Основным назначением промежуточного резюме является:

- фиксация наиболее значимых изменений в состоянии и поведении участников занятий;
- обозначение того, в какой степени эти изменения согласуются с задачами арт-терапии и лечебно-реабилитационных мероприятий в целом;
- формулировка рекомендаций относительно целесообразности продолжения участия того или иного пациента в программе либо его перевода на иную форму работы;
- обозначение дальнейшего плана работы, а в случае необходимости

уточнение и переформулировка индивидуальных задач и мишеней арт-терапии, подкрепляемые соответствующим обоснованием.

Оценка конечных результатов арт-терапии может быть связана:

- с завершением участия конкретного пациента в индивидуальной и ли групповой арт-терапии (их плановой или преждевременной термацией);
- с завершением работы всей группы.

При этом могут использоваться те же приемы и методы, что и при оценке промежуточных результатов арт-терапии. Так, специалист арт-терапевтического кабинета (арт-центра) может прибегать к помощи других специалистов (в том числе, котерапевта), самих участников группы, а также супервизора. Результатом подобной оценки является составление *итогового резюме*. Его структура аналогична структуре промежуточного резюме. В то же время, в зависимости от того, идет ли речь о термации всей группы или ее отдельных участников, а также планового или внепланового характера термации, содержание итогового резюме может быть различным.

В случае плановой термации в итоговом резюме арт-терапевт отмечает следующее:

- наиболее значимые изменения в состоянии и поведении участников программы;
- насколько эти изменения согласуются с поставленными ранее задачами работы;
- рекомендации относительно продолжения работы того или иного участника программы путем его включения в новую группу, перевода на индивидуальную психотерапию (арт-терапию) или использования какого-либо иного метода (с соответствующим обоснованием), а также относительно условий и факторов поддержания достигнутых результатов арт-терапии во времени.

В случае внеплановой (преждевременной) термации в итоговом резюме должны быть зафиксированы:

- достигнутые на момент терминации изменения в состоянии и поведении участника программы (если таковые имеются);
- предполагаемые причины преждевременной терминации и последствия преждевременного выхода данного клиента из программы для его состояния и группы в целом;
- рекомендации относительно направления выбывшего из программы клиента на другие виды терапии или к иным специалистам.

9. Квалификационные требования к специалисту, реализующему клиническую (медицинскую) и неклиническую (немедицинскую) модели арт-терапии

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 помогающая (вспомогательная медицинская) профессия и действуют определенные нормы допуска к профессиональной арт-терапевтической деятельности (США, Великобритания), проводить арт-терапию могут исключительно дипломированные и сертифицированные арт-терапевты. В странах (включая РФ), где арт-терапия рассматривается как совокупность методов психологической помощи (психотерапии) на основе изобразительной деятельности и иных видов искусства, проводить арт-терапию на достаточно высоком профессиональном уровне могут лишь специалисты с высшим образованием (преимущественно психологическим и медицинским), получившие дополнительную подготовку по арт-терапии.

Определенные формы и модели арт-терапии (арт-педагогика), относимые к неклиническим моделям, могут также проводиться специалистами с высшим педагогическим или художественным

образованием, также получившие дополнительную профессиональную подготовку по арт-терапии. Некоторые виды психосоциальной поддержки населения на основе занятий искусством также могут осуществляться художниками, социальными работниками или иными специалистами, не получившими дополнительной подготовки по арт-терапии. Однако их деятельность не может квалифицироваться как арт-терапевтическая, а относится к сфере искусства, творческой занятости, досуговой активности.

Очевидно, что основная профессиональная подготовка и уже имеющиеся у специалиста компетенции определяют то, где и кем он будет работать, используя дополнительно полученные арт-терапевтические знания и навыки. В области клинической (медицинской) арт-терапии в нашей стране могут работать следующие специалисты:

- врачи-психотерапевты, имеющие соответствующие дипломы и сертификаты, а также прошедшие специальную дополнительную подготовку по арт-терапии,
- клинические (медицинские) психологи, прошедшие специальную дополнительную подготовку по арт-терапии,
- специалисты с иной 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-терапию не столько как вид психосоциальной поддержки населения, но как вид психологической помощи – арт-психотерапию. Специалисты с иной подготовкой (художники, специалисты по социальной работе, психологи с иной, неклинической специализацией и др.) 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, 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, сотрудничающие с ЛПУ.

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

При разработке квалификационных требований к специалистам, проводящим арт-терапию, следует учесть предложенное Европейской ассоциацией психотерапии (ЕАП) *разделение квалификации психотерапевта на три уровня:*

- базовый уровень – включающий компетенции, которые должен демонстрировать каждый психотерапевт независимо от его модальности;
- уровень специфических компетенций – описывающий компетенции, относящиеся к специфической модальности и отличающие профессионалов различных направлений психотерапии (в данном случае – специалистов в сфере арт-терапии);
- специализация – квалификация, необходимая для проведения психотерапии в особых условиях, в клинических условиях, образовательных организациях, работе в области аддиктологии, при оказании психологической помощи семьям и т. д.

Базовые общепсихологические и психотерапевтические компетенции связаны с базовыми знаниями в области общей психологии и психологии

личности, возрастной психологии и психологии развития, клинической психологии, представлениями о наиболее общих факторах и механизмах терапевтических изменений, природе и механизмах психотерапевтических отношений, факторах и динамике терапевтических изменений, терапевтических условиях и средствах, задачах и этапах психотерапии.

Базовые психотерапевтические компетенции также включают: умения, связанные с соблюдением этических норм психотерапии, сбором информации, необходимой для психологической (психолого-педагогической) и базовой клинической оценки состояния и расстройства (проблемы) клиента и его биопсихосоциогенеза; планированием и осуществлением психотерапии; установлением психотерапевтических отношений; проведением и завершением психотерапии в соответствии с условиями психотерапевтического контракта; оценкой полученных эффектов; умением координировать свою работу с деятельностью других специалистов полипрофессиональной бригады (при работе в бригаде) для достижения оптимальных лечебно-профилактических эффектов.

Применительно к деятельности специалистов системы образования (педагогов и педагогов-психологов), реализующих преимущественно педагогическую модель арт-терапии (арт-педагогика) в психолого-педагогическом сопровождении ребенка и семьи в условиях реализации ФГОС и профстандарта педагога (педагога-психолога), необходимыми являются **базовые психолого-педагогические и педагогические компетенции**. Они включают следующие знания: знание методологических основ психолого-педагогической науки, основ возрастной и педагогической психологии, методов, используемых в педагогике и психологии; знание методологических основ организации и проведения мониторинга личностных и метапредметных результатов освоения основной общеобразовательной программы на всех уровнях общего образования; знание современных теорий и методов консультирования субъектов образовательного процесса.

Данные компетенции также включают следующие умения и навыки: владение стандартизированными методами педагогической и психолого-педагогической диагностики; способность к построению воспитательной и развивающей (психопрофилактической) деятельности с учетом культурных, половозрастных и индивидуальных особенностей обучающихся; организации различных видов урочной и внеурочной деятельности (игровой, художественно-продуктивной, культурно-досуговой) с учетом возможностей образовательной организации, места жительства и историко-культурного своеобразия региона; владение различными формами и методами обучения, воспитания и развития обучающихся; навыка проведения индивидуальных и групповых консультаций обучающихся по вопросам обучения, развития, проблемам осознанного и ответственного выбора дальнейшей профессиональной карьеры, взаимоотношений со взрослыми и сверстниками; умение взаимодействовать с другими специалистами в рамках психолого-медико-педагогического консилиума;

Специфические компетенции, необходимые для осуществления арт-терапевтической деятельности независимо от конкретной модели и сферы практической работы, включают:

1. *Знание теории и методологии арт-терапии*: психологические или иные концепции, используемые для обоснования практики арт-терапии, и описывающие структуру и динамику личности и ее творческой деятельности в онтогенезе и с учетом условий социокультурной среды; природу и механизмы психотерапевтических отношений, факторы и динамику терапевтических изменений, терапевтические условия и средства, характерные для арт-терапии.

2. *Знание различных моделей (методов) арт-терапии* (таких например, как психодинамическая, семейная, личностно-ориентированная и других) с глубоким пониманием и избирательностью их использования применительно к конкретным условиям деятельности и с опорой не только на общие, но и

специфические для арт-терапии механизмы и интервенции, реализуемые в рамках различных методов.

3. *Знание этических норм и принципов арт-терапии*, включающих как общие с другими формами психологической помощи (психотерапии), так и специфические этические нормы и принципы.

4. *Умения, связанные с организацией и управлением арт-терапевтической деятельностью в разных социокультурных и институциональных условиях*: созданием среды, подготовкой материалов и прочего инвентаря, необходимого для оказания арт-терапевтической помощи; привлечением клиентов; установлением эффективных рабочих отношений со специалистами и службами; ведением протоколов и иной документации, имеющих специфический характер.

5. *Умения, связанные с установлением и развитием психотерапевтических отношений*, пониманием внутри- и межличностной динамики субъектов психотерапевтических отношений (клиента и терапевта), предоставлением эффективной лично-ориентированной обратной связи на основе использования не только общих с другими формами психотерапии, но и специфических для арт-терапии средств коммуникации (визуально-пластических, художественных средств).

6. *Навыки планирования и осуществления арт-терапии*, с учетом личностных особенностей, мотивационных предпосылок клиента, характера и биопсихосоциогенеза расстройства (проблем) и условий терапии и с использованием специфических саногенетических факторов и механизмов арт-терапии. К данной группе компетенций также относятся навыки проведения индивидуальной или групповой арт-терапии с использованием адекватных способов лично-ориентированного взаимодействия с клиентами, фасилитации их художественной экспрессии, вербализации опыта и его терапевтической проработки.

7. *Навыки сбора информации и осуществления динамической оценки состояния, психических процессов и целостной личности клиента*

(психологической и клинической диагностики) на основе использования методов, специфических для арт-терапии.

8. *Исследовательские навыки*, связанные оценкой промежуточных и конечных эффектов арт-терапии и факторов терапевтических изменений, с использованием специфических для арт-терапии критериев и средств исследования.

9. *Навыки отражения и рефлексии опыта проведения арт-терапии, эффективного использования супервизии.*

Большое значение для осуществления арт-терапии имеют *художественные компетенции*, которые включают:

- знание свойств и возможностей разных художественных материалов, форм и техник изобразительного искусства;
- наличие значительного опыта художественно-творческой деятельности с использованием различных художественных техник и материалов;
- знание истории искусства, умение рефлексировать содержание и стилистику художественных форм в контексте истории искусства, социальных и культурных условий;
- способность рефлексировать психологические феномены, внутриличностную и межличностную динамику, связанные с художественной деятельностью, целостным процессом творческой активности, влияние художественно-творческой деятельности на межличностную и социальную среду;
- умение создавать для клиентов – участников арт-терапии – подходящие условия для занятий изобразительным искусством, погружения в художественную деятельность, целостного восприятия и переживания творческого процесса;
- способность передать участникам арт-терапии знания и опыт работы с использованием разных изобразительных техник и материалов, поддерживать (фасилитировать) освоение новых средств и форм

художественной выразительности с целью более точного и конгруэнтного самовыражения;

- умение выявить уровень художественно-творческого потенциала и художественных навыков клиента, их развитие в процессе арт-терапии.

Компетенции, связанные с арт-терапевтической специализацией – проведением арт-терапии в особых условиях – медицинских или образовательных учреждениях, работой в области аддиктологии, при оказании кризисной помощи, психологической помощи семьям и т. д.

Так, проводя клиническую (медицинскую) арт-терапию, врачи-психотерапевты и клинические психологи должны обладать следующими компетенциями в области клинической (медицинской) арт-терапии:

- умением осуществлять всестороннюю оценку состояния и анамнеза клиента, определяя форму клинического расстройства (врачи – также нозологическую принадлежность, особенности течения заболевания) и функциональный диагноз клиента (в том числе, исследуя его «творческий анамнез»);

- умением планировать форму и направленность арт-терапевтического вмешательства, определяя при этом методы, мишени и задачи работы, оптимальную нагрузку для клиентов, показания и противопоказания для проведения разных форм и техник арт-терапии, с учетом клинических, психологических, социальных и физических особенностей клиентов, особенностей биопсихосоциогенеза расстройства и внешних условий (особенностей учреждения или подразделения, сроков основного лечения и др.);

- умением оценивать клинические проявления психических расстройств, особенности личностного реагирования, состояние клиента и группы в процессе занятий;

- навыками выбора и изменения стиля ведения клиента и группы, в зависимости от контингента больных, этапа лечебно-реабилитационного

процесса, стадии и уровня терапевтических изменений, индивидуальной и групповой динамики;

- навыками выбора и комбинирования различных средств творческого самовыражения, художественных средств и материалов на основе знания клинических и психологических показаний и противопоказаний к их применению, возможности достижения тех или иных терапевтических эффектов.

Реализуя педагогическую модель неклинической (немедицинской) арт-терапии, педагоги и педагоги-психологи должны обладать следующими компетенциями в области неклинической (немедицинской) арт-терапии (арт-педагогике):

- знанием роли искусства и творческой личностной активности в процессе социализации и развития личности ребенка и подростка (включая детей в ОВЗ) и освоения ими основной общеобразовательной программы на всех уровнях общего образования;

- знанием роли искусства и творческой личностной активности для сохранения здоровья и личностной адаптации всех субъектов образовательного процесса и оптимизации их отношений друг с другом и окружающей средой;

- умением осуществлять всестороннюю оценку состояния, личности и процесса психического развития, социализации и адаптации ребенка, подростка и взрослого как субъектов образовательного процесса и социальных отношений (включая лиц с ограниченными возможностями здоровья), с учетом их культурных и половозрастных особенностей, места жительства и историко-культурного своеобразия региона с использованием общих и специфических для арт-терапии средств;

- навыками проектирования и реализации арт-терапевтических (арт-педагогических) программ работы с обучающимися, направленных на их успешное развитие, социализацию и воспитание, профилактику нарушений школьной адаптации, развитие познавательной активности,

самостоятельности, инициативы, творческих способностей, формирование гражданской позиции, способности к труду и жизни в условиях современного мира, формирование культуры здорового и безопасного образа жизни;

- навыками оценки достигаемых развивающих, воспитательных и психопрофилактических эффектов применения арт-терапевтических и арт-педагогических программ с разными субъектами образовательного процесса;

- навыками оказания психолого-педагогической помощи на основе применения средств арт-терапии и арт-педагогике лицам с ограниченными возможностями здоровья, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации.

10. Тематическая образовательная программа с указанием основных разделов необходимой профессиональной подготовки и количества часов по каждому разделу

Для получения права работать с использованием методов арт-терапии необходимо пройти специальное обучение – дополнительное образование (повышение квалификации или профессиональной переподготовки), либо программу магистерского уровня, обычно рассчитанную на два или три года или более длительный срок (при использовании кредитно-модульного подхода). Программы арт-терапевтического образования магистерского уровня существуют во многих странах мира. Наибольшее их количество имеется при государственных университетах многих европейских стран, особенно, Великобритании, Нидерландах, Франции и Германии, а также США.

По завершении такого обучения слушатели получают диплом с присвоением квалификации «арт-терапевт» в тех странах, где арт-терапия существует в качестве самостоятельной профессии. В тех странах, где арт-терапия не зарегистрирована в качестве самостоятельной профессии, в

дипломе указывается арт-терапевтическая специализация на базе высшего образования (психологического, художественного или иного). Также предусмотрены дополнительные процедуры аттестации (сертификации) специалистов в сфере арт-терапии, при успешном прохождении которых специалист в полном объеме получает право на ведение профессиональной деятельности в сфере арт-терапии, считается зарегистрированным и сертифицированным.

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. В последние два десятилетия разработаны и согласованы на международном уровне стандарты арт-терапевтического образования, позволяющие сформировать у обучающихся компетенции, необходимые для оказания арт-терапевтической помощи.

Современные программы арт-терапевтического образования имеют много общего. Как правило, они включают не менее тысячи часов аудиторных и самостоятельных занятий, а также практику под наставничеством (учебной супервизией) на базе медицинских, социальных и образовательных учреждений, также рассчитанную примерно на тысячу часов. 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 выполняют разные виды изобразительной деятельности с целью самовыражения и самопознания и работают с собственными переживаниями и проблемами. Во многих случаях, помимо занятий в таких группах, слушатели обязаны пройти в определенном объеме личную терапию. Однако это требование существует не везде. В США, например, прохождение личной терапии для получения диплома и сертификации и регистрации в качестве арт-терапевта не требуется.

Во всех существующих программах арт-терапевтического образования 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.

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. Различия законодательных баз и местных традиций в сфере культуры и профессионального образования разных стран не всегда делают возможным следовать этим критериям. Одной из таких организаций является Европейский консорциум арт-терапевтического образования (*European Consortium of Arts Therapies Education*).

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 была разработана первая в нашей стране программа профессиональной переподготовки по арт-терапии для специалистов с высшим психологическим и непсихологическим образованием. 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 арт-терапии детей и подростков (диагностика, коррекция, психопрофилактика, развитие, реабилитация) и ее применения в учреждениях образования,
- клиническая арт-терапия со взрослыми: арт-терапия в лечении и реабилитации психически и соматически больных и паллиативном уходе; методы арт-терапии невротических, постстрессовых и личностных расстройств,
- арт-терапия в социальной сфере (работа с представителями групп риска, арт-терапия в реабилитации, поддержка человеческих ресурсов и др.),
- арт-технологии в работе с персоналом 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 арт-терапии,
- вопросы организации арт-терапевтической деятельности,

- традиционная и инновационная художественная практика (живопись, графика, коллаж, фотография, видеоарт, объекты и т. д.),
- практикум на базе медицинских, образовательных и социальных учреждений под супервизией (наставничеством),
- дисциплины психологической подготовки (общая и возрастная психология, клиническая психология и др.)

По окончании обучения пишется и защищается выпускная работа. Программа рассчитана на два года обучения в очно-заочной форме (два семестра по 20 дней аудиторных в течение учебного года; 8 часов аудиторных занятий в день). Дополнительно предусмотрены два дня практики по арт-терапии в неделю в течение второго учебного года, 3 часа работы в день, а также художественная практика в течение двух лет обучения в свободное время в форме выполнения творческих заданий по изобразительному искусству.

Цель программы — формирование профессиональных компетенций, связанных с применением методов арт-терапии в качестве формы психологической помощи (психотерапии) в образовании, здравоохранении и социальной сфере.

Таблица 4

**Учебный план образовательной программы профессиональной
переподготовки со специализацией по арт-терапии**

№П/П	Наименование разделов и дисциплин	Всего часов	Лекции	Практические занятия	Формы контроля
1.	Общая психология	20	12	8	Зачет
2.	Педагогическая психология	14	8	6	Зачет
3.	История арт-терапии	10	8	2	Зачет
4.	Введение в арт-терапию	16	10	6	Зачет
5.	Психотерапия	58	28	30	Экзамен
6.	Методы исследования	14	8	6	Зачет
7.	Основы психиатрии и клинической психологии	26	12	14	Зачет
8.	Психология развития и возрастная психология	14	10	4	Зачет

9.	Методология и методы арт-терапии	40	26	14	Экзамен
10.	Групповой арт-терапевтический тренинг	64	10	54	Экзамен
11.	Арт-терапевтический менеджмент	16	8	8	Зачет
12.	Арт-терапия в медицине	58	24	34	Экзамен
13.	Арт-терапия в социальной сфере	50	20	30	Экзамен
14.	Арт-терапия детей и подростков	38	14	24	Зачет
15.	Семейная арт-терапия	32	14	18	Зачет
16.	Этика арт-терапии	14	8	6	Зачет
17.	Техники изобразительного искусства	108	40	68	Экзамен
18.	Арт-терапевтическая психодиагностика	26	8	18	Зачет
19.	Арт-терапия как инструмент консультирования	34	8	26	Зачет
	Аудиторная нагрузка (из них подготовка по арт-терапии – 398 часов)	640	284	356	
20.	Практикум (стажировка) по арт-терапии под супервизией	200		200	Отчет о практике
21.	Художественная практика	200		200	
21.	Дипломное проектирование				Дипломная работа (проект)
	Итого:	1040	284	756	13 зачетов, 6 экз.

В зависимости от сферы практической деятельности и связанной с ней моделью арт-терапии, в частности, работой в клинической сфере, требуется дополнительная подготовка по психиатрии. Многие обучающиеся по данной программе уже имеют высшее психологическое или медицинское образование. В случае его отсутствия, например, если обучающиеся имеют высшее художественное или педагогическое образование, им необходимо

получить в необходимом объеме психологическую и клиническую подготовку за рамками программы.

Одним из вариантов получения профессионального психотерапевтического образования в нашей стране (включая арт-терапию) на сегодняшний день является обучение с использованием накопительно-кредитного подхода. Такое обучение имеет четырехкомпонентный характер и включает в себя: теоретическую и практическую подготовку в учебной группе (1200 часов), в том числе, учебную супервизию и учебную личную терапию (120 часов) и практическую работу под супервизией (производственную практику под наставничеством – 1200 часов), а также подготовку в области клинической психиатрии в определенном объеме (от 72 до 530 учебных часов). Объем подготовки в области клинической психиатрии зависит от осваиваемой модели арт-терапии – клинической (медицинской) или неклинической. К последней относятся педагогическая и социальная модели арт-терапии.

Таблица 5

Объемы подготовки по модальности «Арт-терапия» в соответствии с четырехкомпонентной системой подготовки

Теоретическая и практическая подготовка в учебной группе (всего 1200 часов)			Часы практики под супервизией (наставничеством)	Профессиональная супервизия	Психиатрия
400 часов – подготовка по психологии и психотерапии	400 часов – подготовка по арт-терапии (включая учебную супервизию и учебную личную терапию в объеме 120	400 часов – художественная подготовка. Из них 300 часов – подготовка в области изобразительного искусства и 100 – другим видам искусства)	1200 часов	15 часов	От 72 часов (неклинические модели) до 530 часов (клиническая модель), в зависимости от модели арт-терапии

	часов)				
--	--------	--	--	--	--

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 практика, рассчитанная не менее, чем на целый академический год.

Рассматривая современное состояние и перспективы арт-терапевтического образования нельзя не признать ряда 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, а также превалирование среди тех, кто изучает, а затем практикует арт-терапию лиц с художественным образованием. В названных странах они составляют 50-90% 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 является явно недостаточным для того, чтобы выпускники таких программ имели достаточную психологическую и клиническую подготовку, могли достаточно квалифицированно применять методы исследований, характерные для доказательной медицинской и

психологической практики. Нет ничего удивительного в том, что, например, медицинские работники, врачи, психотерапевты в этих странах продолжают рассматривать арт-терапию в качестве «терапии второго сорта».

В отличие от этих стран, в России арт-терапию развивали и продолжают развивать в основном врачи-психотерапевты и психологи. В самого начала своего оформления отечественная арт-терапия представляла собой не столько лечебное изобразительное искусство (в том виде, как его понимали и практиковали Э. Крамер, А. Хилл, Э. Адамсон), а разновидность психотерапии – арт-психотерапию. Большинство тех, кто изучает и затем практикует арт-терапию в нашей стране, также составляют психологи и врачи-психотерапевты, а отнюдь не художники. Им совершенно нет необходимости осваивать основы психологии или клинических знаний, как это принято за рубежом. Это было бы пустой тратой времени. В этом отношении стартовые возможности отечественных адептов арт-терапии значительно более высоки, чем у многих зарубежных коллег. Во многих случаях 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. Это определяет необходимость повышенного внимания в процессе подготовки специалистов в сфере арт-терапии в нашей стране к художественной стороне обучения, наряду с клинической, психотерапевтической и психологической подготовкой.

11. Квалификационные требования к специалистам, проводящим профессиональную подготовку по арт-терапии

Для проведения профессиональной подготовки по арт-терапии специалист должен иметь соответствующую профессиональную подготовку и опыт практической деятельности в сфере арт-терапии. Он также должен являться действительным членом Национальной ассоциации в сфере арт-терапии (в частности, «Арт-терапевтической ассоциации»). Общий объем подготовки в соответствии с четырехкомпонентной системой подготовки должен быть следующим:

- не менее 1200 часов теоретической и практической подготовки в учебной группе (из них 400 часов подготовки по психологии и психотерапии, 400 часов – дисциплинам собственно арт-терапевтической подготовки, 400 часов – художественной подготовки;
- не менее 3000 часов (не менее пяти лет) практической деятельности с использованием методов арт-терапии в качестве ведущей формы психологической (психотерапевтической), психосоциальной помощи.
- не менее 50 часов пройденной профессиональной супервизии.

В зависимости от преподаваемой модели арт-терапии (клиническая модель или одна из неклинических моделей), общий объем подготовки по психиатрии должен составлять не менее 72 часов для неклинической модели и не менее 530 часов – для преподавания клинической модели арт-терапии. Опыт практической работы в соответствующей сфере – медицины, образования и социального обслуживания – для преподавания соответствующих дисциплин арт-терапевтической подготовки, имеющих специализированный характер (таких, например, как арт-терапия в медицине, арт-терапия в образовании, арт-терапия в социальной сфере, арт-терапия в аддиктологии и т. д.) должен составлять не менее пяти лет.

12. Критерии прохождения процедуры аттестации и перееаттестации с указанием кратности и параметров супервизорской оценки профессиональной деятельности специалиста

Прохождение процедуры аттестации по модальности «арт-терапия» возможно для специалистов с высшим образованием, общий объем подготовки по арт-терапии у которых составляет не менее 400 часов, подготовки по психологии и психотерапии – не менее 400 часов, художественной подготовки – не менее 400 часов (из них 300 часов подготовки по изобразительному искусству и 100 часов – по иным экспрессивным модальностям – танцу, сценическому искусству, музыке, литературному творчеству). Продолжительность работы с систематическим использованием методов арт-терапии, осуществлением арт-терапевтической, психотерапевтической, психологической помощи, профессионального образования и профильных исследований в сфере арт-терапевтической науки и практики должна составлять более двух лет (не менее 1200 часов); объем пройденной профессиональной супервизии в объеме не менее 15 часов.

Процедура аттестации предполагает рассмотрение и экспертизу документов, подтверждающих наличие высшего образования и необходимый объем теоретической и практической подготовки по арт-терапии, психологии и психотерапии и художественной подготовке, а также опыт практической деятельности в сфере арт-терапевтической науки и практики и пройденной профессиональной супервизии. В зависимости от специализации в сфере клинической или неклинической арт-терапии, аттестация предполагает рассмотрение документов, подтверждающих клиническое образование и дополнительную подготовку по психиатрии.

Кроме этого, процедура аттестации включает тестовый контроль знаний, умений и навыков и супервизорскую оценку профессиональной деятельности специалиста в сфере арт-терапии, позволяющие оценить специфические компетенции, необходимые для осуществления арт-терапевтической деятельности и включающие:

- знание теории и методологии арт-терапии,
- знание различных моделей (методов) арт-терапии,

- знание этических норм и принципов арт-терапии,
- умения, связанные с организацией и управлением арт-терапевтической деятельностью,
- умения, связанные с установлением и развитием психотерапевтических отношений,
- навыки планирования и осуществления арт-терапии,
- навыки сбора информации и осуществления динамической оценки состояния, психических процессов и целостной личности клиента,
- исследовательские навыки,
- навыки отражения и рефлексии опыта проведения арт-терапии, эффективного использования супервизии, а также художественные компетенции.

Дополнительно путем тестового контроля оцениваются компетенциями в области клинической (медицинской) или неклинической (немедицинской) арт-терапии (арт-педагогика).

Процедура переаттестации специалиста по модальности «арт-терапия» производится один раз в пять лет и включает представление документов, подтверждающих пройденные за отчетный период курсы повышения квалификации (дополнительного образования) и иные научно-практические мероприятия по арт-терапии, включая конференции, семинары, супервизии, форумы, аккредитованные Арт-терапевтической ассоциацией, а также практическую работу в сфере арт-терапии. Для переаттестации необходимо иметь не менее 36 часов пройденного повышения квалификации за отчетный период.

13. Требования к месту оказания арт-терапевтической помощи, технологическому оборудованию или прочему инвентарю, необходимому при оказании арт-терапевтической помощи

Арт-терапевтический кабинет предназначен для индивидуальных или групповых арт-терапевтических занятий, включающих не только беседу и групповые обсуждения, но и изобразительную деятельность участников. На его базе в том или иной объеме также 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 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 среды и оборудованию кабинета арт-терапии.

Если на базе учреждения (такого, например, как лечебно-профилактическое учреждение – ЛПУ) создается целый комплекс таких специально оборудованных кабинетов, предназначенных для двух или более видов терапии искусством, принято говорить об *арт-центре*. Арт-центр также может представлять собой комплекс помещений, предназначенных для разных организационных форм арт-терапии – индивидуальной, групповой, семейной, иногда также для проведения разных видов групповой арт-терапии, либо для разных специализированных видов изобразительной деятельности (например, помещений, предназначенных для создания изделий из керамики или иных видов прикладной художественной деятельности).

В том случае, когда в одном и том же помещении проводятся разные виды терапии искусством, более корректно говорить о *полифункциональном пространстве (кабинете)* для занятий терапией искусством.

Существуют следующие основные типы арт-терапевтических кабинетов:

1. арт-терапевтическая-студия (ателье),
2. кабинет для индивидуальной работы,

3. кабинет для групповой интерактивной работы.

Независимо от типа арт-терапевтического кабинета, *общие обязательные требования* к их организации и оборудованию включают:

- наличие одной или нескольких (в зависимости от числа участников занятий) раковин, обеспечивающих свободный доступ к проточной воде,
- легко моющиеся поверхности (пола, стен, мебели),
- наличие достаточно широкого набора различных изобразительных материалов,
- наличие мест для хранения изобразительной продукции – наряду с местом для текущего хранения создаваемых в ходе занятий работ (расположенные на полках индивидуальные или групповые портфолио или отсеки), должно быть выделено специальное место для долговременного хранения работ (сюда, например, перемещаются работы пациента после завершения им курса арт-терапии).

Арт-терапевтическая студия является наиболее ранней формой специализированного помещения для занятий психиатрических пациентов изобразительной деятельностью. Этот тип арт-терапевтического кабинета напоминает мастерскую художника, рассчитанную, по меньшей мере, на несколько человек. Студия имеет несколько мест для самостоятельной работы пациентов. Места представляют собой, как правило, столы со стульями. Иногда используются мольберты. 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.

Арт-терапевтический кабинет для индивидуальной работы, как правило, включает рабочий столы для пациента, а также иногда стол специалиста, стулья. Набор изобразительных материалов, расположен либо на полках, либо на другом столе вблизи стола пациента. Иногда кабинет включает поднос с песком и расположенные на полках игрушки. Иногда

имеется «кукольный дом» (при работе с детьми) или набор игрушек (кукол-марионеток). В кабинете для индивидуальной арт-терапии, наряду с «рабочей зоной», иногда имеется «чистая зона», предназначенная для общения специалиста и пациента до или после изобразительной деятельности. «Чистая зона» может включать, например, два кресла или мягких стула.

Арт-терапевтический кабинет для групповой интерактивной работы (а также семейной арт-терапии) в условиях тематической или динамически-ориентированной группы отличается от студии тем, что предназначен как для относительно автономной работы участников группы, так и их более тесного вербального и творческого взаимодействия. Это возможно на определенных этапах занятия (например, во время «разминок», групповых дискуссий и 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 пациентов в круг, либо иметь две по-разному оборудованные зоны «рабочую» («грязную») - для изобразительной работы, и «чистую» - для группового обсуждения. Ориентация столов в пространстве может неоднократно меняться не только на протяжении курса арт-терапии, но и отдельных занятий. Некоторые кабинеты для групповой интерактивной арт-терапии оборудованы видеокамерами, что обеспечивает возможность более объективной рефлексии процесса групповой работы и оценки ее результатов.

Арт-центр является специализированным комплексом помещений, предназначенных для разных форм арт-терапевтической работы, нередко проводимой параллельно с несколькими пациентами или группами. Он также может включать помещения, предназначенные для разных видов терапии искусством. Такие арт-центры стали создаваться сравнительно недавно, главным образом, для обслуживания пациентов крупных ЛПУ, посетителей социальных центров, обслуживающих определенные территории, а также 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-центре могут быть помещения для персонала (офис), комната для длительного хранения работ пациентов, туалет, кухня (чайный стол), а также места ожидания для лиц, прибывающих на занятия или их родственников.

Арт-терапевтическая работа предполагает широкий выбор различных изобразительных материалов. Наряду с красками, карандашами, масляной и художественной пастелью, восковыми мелками, часто используются также журналы, цветная бумага, фольга, текстиль (например, для создания коллажей или объемных композиций), глина, пластилин, «песочница» и иные материалы. Бумага для рисования должна быть разных форматов и оттенков. Кабинет может быть оборудован гончарным кругом, а также компьютером и качественной копировальной техникой – в том случае, если в работе пациентов предполагается использование графических редакторов, печать художественных работ, созданных на компьютере или с использованием фотоаппарата. В настоящее время, в связи с внедрением в арт-терапию некоторых форм «дигитального искусства» (например, в форме подготовки пациентами мультимедийных клипов и презентаций), арт-терапевтический кабинет может быть оборудован проектором, магнитофоном или колонками.

Таблица 6

Примерный список материалов для оборудования арт-терапевтического кабинета

Канцелярские принадлежности	
Бумага для изобразительной деятельности	Дополнительные (общие)
Бумага для акварели цветная	Клей ПВА
Папка для акварели А4	Ластик
Папка для акварели А3	Точилка
Папка для черчения А4	Ножницы
Ватман А1	Дошечка для пластилина
Бумага цветная	Кисти белка, колонок (диаметр 1-10)
Картон серый и цветной	Малярные кисти
Бумага типографская в рулонах – белая, серая	Папка А3 для арт-наборов

Материалы для лепки	Материалы для графических работ		Материалы для живописи
	Черно-белых	Цветных	
Глина	Карандаши простые	Карандаши 24 цв.	Краски акварельные
Пластилин для лепки	Тушь черная	Пастель сухая 48 цв.	24 цв.
12 цв. (цветной)	Грифели для графики	Пастель масляная 24	Краски акриловые
Пластилин	Уголь для графики	цв.	Гуашь 12 цв
скульптурный (белый		Мелки восковые 24 цв	Палитры
и черный)			
Пластика			
художественная			

Литература

1. Беспалько И.Г. Шкала для психологической экспресс-диагностики слабоструктурированных депрессивных расстройств. Пособие для врачей и психологов. СПб.: Санкт-Петербургский Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2004.

2. Бурковский Г. В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике (пособие для врачей и психологов). – СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им В. М. Бехтерева, 1998.

3. Вассерман Л.И., Бизюк А.Л., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): методические рекомендации. СПб.: Издательство Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 2001.

4. Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. Тест дифференциальной самооценки функционального состояния // Вопросы психологии, 1973. – № 6. – С. 48-54.

5. Копытин А.И. Системная арт-терапия: теоретическое обоснование, методология применения, лечебно-реабилитационные и дестигматизирующие эффекты. Автореф. дисс. на соискание ученой степени доктора мед. наук. СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2010.

6. Копытин А.И. Арт-терапия психических расстройств. СПб.: Речь, 2011. – 368 с.
7. Копытин А.И. Психодиагностика в арт-терапии. СПб.: Речь, 2014. – 284 с.
8. Копытин А.И. Современная клиническая арт-терапия. М.: Когито-Центр, 2015. – 526 с.
9. Копытин А.И. Эмоциональный арт-конструктор: диагностические, развивающие, психотерапевтические возможности. Методическое пособие. – СПб.: Иматон, 2017.
10. Тер Лаак Тер Лаак Я., Бругман Г.М. Big Five. Как измерить человеческую индивидуальность? – М.: Университет, 2003.
11. Beck A.T., Ward C.N., Mendelson N. et al. Inventory for measuring depression // Archives of Gen. Psychiatry. – 1961, 4, 561-571.
12. Derogatis L. R., Lipman R.S., Rickels K. et al. The Hopkins Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory // Behavioral Sciences. – 1974, Vol.19, P.1-5.