

Л. Н. Гуменюк, А. А. Савин

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского»,
ГУ «Психиатрическая больница № 5» (г. Симферополь, Крым)

ПРИНЦИПЫ АРТ-ТЕРАПИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

В статье приведены методологические и организационные принципы арт-терапии для больных с первым психотическим эпизодом под действием арт-терапии.

Ключевые слова: арт-терапия, первый психотический эпизод.

На настоящее время наиболее эффективными методами психосоциального лечения больных с первым психотическим эпизодом (ППЭ) признаны следующие: психообразование пациентов и их родственников, семейная терапия, тренинг социальных навыков и когнитивных функций, когнитивно-поведенческая терапия, социально-трудовая реабилитация, групповая психосоциальная терапия, что подтверждено многочисленными исследованиями отечественных и зарубежных авторов [1—5], а также многолетним клиническим опытом. В настоящее время в международных исследованиях указывается, что большим потенциалом обладает арт-терапия — совокупность методов психологического либо психофизического воздействия с помощью изобразительной деятельности пациентов с разной психической и соматической патологией с целью их лечения, профилактики и реабилитации [6—9]. Однако в современных комплексных исследованиях не изучена терапевтическая эффективность арт-терапевтического воздействия в комплексном лечении больных с ППЭ. Все вышесказанное обусловило необходимость и актуальность проведения данной работы.

Цель исследования — разработка принципов арт-терапии для больных с первым психотическим эпизодом на основе комплексного анализа динамики клиничко-психопатологических и патопсихологических особенностей данного контингента в процессе лечения.

Обследовано 150 пациентов с острым полиморфным психотическим расстройством с симптомами шизофрении (F23.1) в возрасте от 18 до 50 лет. В работе использовали клиничко-психопатологический, клиничко-анамнестический, клиничко-катамнестический, психодиагностический, социодемографический, статистические методы исследования.

Результаты анализа динамики клиничко-психопатологических и патопсихологических особенностей пациентов с острым полиморфным психотическим расстройством с симптомами шизофрении в процессе арт-терапевтического воздействия позволили сформулировать методологические и организационные принципы арт-терапии для больных с ППЭ, базирующиеся на международных подходах, биопсихосоциальной концепции развития психических расстройств, медико-психологической концепции творчества как деятельности, актуализирующей адаптивные методы психологической защиты (МПЗ) и эмотивно-конструктивные стратегии преодоления болезненных факторов.

К методологическим принципам относятся: 1) системность; 2) комплексность; 3) дифференцированный (индивидуальный подход); 4) принцип непрерывности и перманентности; 5) принцип этапности; 6) принцип своевременности; 7) принцип динамического мониторинга.

К организационным: 1) организация терапевтической среды (сеттинг); 2) организация терапевтического процесса (правила работы терапевтической группы).

Целью проведения арт-терапии у больных с ППЭ является мобилизация креативного потенциала личности для восстановления недостаточных или утраченных вследствие болезни когнитивных, эмоциональных, поведенческих и психосоматических ресурсов, формирования и совершенствования знаний, умений и навыков взаимодействовать, адекватно использовать стилевые психологические защиты, избирать оптимальные копинг-стратегии совладания со стрессорами внутреннего и внешнего порядка, преодолевать социальное давление стигматизации и улучшать достижения в решениях проблем, что способствует социальной адаптации, ресоциализации и реинтеграции пациентов в общество.

Задачи арт-терапевтического подхода:

1. Снижение интеллектуальной и эстетической ангедонии через связывание когнитивных логико-аналитических, экспрессивных эмоциональных и поведенческих игровых компонентов в арт-терапевтическую деятельность, ориентированную на успех;

2. Освоение навыков регуляции своих эмоциональных состояний, поведения посредством развития способности к самонаблюдению, самоинструктированию, совладающему внутреннему диалогу и самовыражению предлагаемыми изобразительными средствами;

3. Развитие гностической точности и дифференцированности восприятия текстуральных и контекстуальных компонентов образов — стимулов в визуальной и аудиальной модальностях, в вербальных повествовательных и невербальных ролевых коммуникациях через интерпретации смыслов, значений и оценок ситуаций;

4. Развитие психофизиологических свойств внимания и оперативной памяти посредством тренингов навыков концентрироваться на избранных объектах творчества, удерживать их во внимании в полном объеме и произвольно оперативно переключаться на работу с другими объектами, не теряя темпа и качества совершаемых действий;

5. Усиление коммуникативной направленности в совместном групповом творчестве (совместная деятельность в парах, навыки асертивности, распознавание переживаний других членов группы, умение сопереживать);

6. Обучение эффективным стратегиям решения межличностных проблем через графическое и арт-

пластическое ролевое моделирование стандартных социальных ситуаций с использованием техники имажинации, ознакомление или припоминание, аналитическое обсуждение и проигрывание аналогичных примеров эффективного поведения персонажей художественных произведений, формирование индивидуальных галерей новых авторитетных образцов для подражания.

7. Отработка навыков социального поведения в групповых тренировках по заданным темам, регламентирующим точное воспроизведение реальных жизненных событий и ситуаций.

Системность арт-терапии заключается в возможности интеграции данного метода в систему традиционной (стандартной) терапии, а также ее способности оказывать терапевтическое воздействие на трех уровнях: биологическом, психологическом и социальном.

На биологическом уровне арт-терапевтическое воздействие за счет психосенсорной активации стволовых и правополушарных фило- и онтогенетически древних механизмов I-го, II-го блоков мозга (по А. Лурия) потенцирует терапевтическую эффективность психофармакотерапии атипичными антипсихотиками (которые преимущественно оказывают влияние на молодые нейромедиаторные структуры, входящие в III-й блок). Комплексное использование медикаментозных средств и арт-терапии влияет на все уровни нейропсихологической организации и ускоряет темп реинтеграции поврежденных функций.

На психологическом уровне арт-терапия оказывает реактивное, регулятивное и коммуникативное воздействие. Эффекты лечебного действия данного метода находятся в трех основных плоскостях: когнитивной, эмоциональной и поведенческой, что способствует коррекции личностных особенностей реагирования пациентов с ППЭ с формированием новых адаптивных форм поведения проблемно-решающего поведения с восстановлением оптимальных стилевых МПЗ.

На социальном уровне арт-терапевтическое воздействие улучшает микро- и макросоциальную реадaptацию пациентов с ППЭ.

Микросоциальная реадaptация подразумевает коррекцию взаимоотношений больных в семье, трудовом коллективе, повышение оценки удовлетворенности ролевым статусом в этих микрогруппах, восстановление способности к автономному социальному функционированию (СФ).

Макросоциальная реадaptация пациентов с ППЭ направлена на формирование личностного роста больных: а) повышение самооценки и устойчивости к макросоциальным стрессорам, б) позитивное отношение к будущему.

Комплексность арт-терапевтического воздействия заключается в сочетанном использовании импрессивно-экспрессивных свойств визуально-пластических изобразительных средств; аудиомузыкальных воздействий; повествований; танцевально-двигательных и драматически ролевых компонентов самовыражения больных с ППЭ. При этом изобразительная деятельность выступает в качестве основополагающей. Использование данного принципа позволяет максимально интенсифицировать арт-терапевтический эффект за счет интермодального синергизма используемых техник.

Принцип дифференцированного подхода позволяет разрабатывать индивидуальные программы арт-терапии для каждого больного, которые направлены на достижение определенной цели и учитывают:

- 1) особенности личностных predispositions,
- 2) клиничко-психопатологические характеристики ППЭ,
- 3) структуру негативной симптоматики и нейрокогнитивного дефицита,
- 4) ресурсы личности по оптимизации стилевых МПЗ и копинг-стратегий,
- 5) динамику изменений клиничко-психопатологических, когнитивных, личностных, поведенческих особенностей и уровня СФ под действием арт-терапии.

Принцип непрерывности и перманентности. В своей методологической основе арт-терапия преимущественно использует технику тренингов, базирующуюся на повторениях, ведущих к совершенству практики. Теоретически тренинги имеют очерченную точку начала и могут завершаться при достижении конкретного объема овладения навыками, но при этом не исчерпываются возможностью перехода к более высоким уровням сложности умений. Непрерывность арт-терапии необходима в связи с высокой аффективной заряженностью метода, активирующего креативный потенциал личности, так как несанкционированный обрыв данного вида терапии может вызывать психологический стресс резкого обеднения стимульной когнитивной среды. Планирование программы подразумевает начало в условиях стационара и преемственное продолжение этапов в амбулаторных (внебольничных) условиях. Переход от одного тренинга к другому эффективен только при выполнении цели и задач каждого занятия. Заданный темп роста позитивных изменений поддерживается установленной регулярностью проведения тренингов и является результатом непрерывности терапевтического процесса. Конкордантной характеристикой непрерывности является перманентность арт-терапевтического процесса. Свойства перманентности связаны с общими законами перехода количества в качество. Каждое занятие является не только чередой повторов, но и приростом качественных изменений состава упражнений и личных достижений пациентов. Не прекращающееся разнообразие когнитивных, аффективных и поведенческих реакций пациентов создают динамически развивающиеся уникальные условия терапевтической среды. С другой стороны, учет принципа перманентности позволяет гибко осуществлять обновление и коррекцию терапевтических планов в связи с меняющимися на разных стадиях заболевания актуальными потребностями пациентов при неизменности основных целей и задач.

Принцип этапности подразумевает синхронизированность арт-терапии с этапами лечебно-реабилитационного процесса в целом. Арт-терапия в свете поставленных целей и задач подчиняется стандартной общепсихиатрической схеме планирования медицинских вмешательств на: 1) краткосрочные; 2) среднесрочные; 3) долгосрочные воздействия.

Арт-терапевтические интервенции реализовываются на 4 этапах: первым этапом является психодиагностика и организационная подготовка.

Цель этапа — определение мишеней арт-терапии и формирование комплайенса.

Для осуществления поставленной цели выполняются следующие задачи: а) получение информированного согласия пациентов на проведение арт-терапии; б) анализ анамнестических данных; в) изучение преморбидных личностных особенностей больного; г) установление клинического диагноза; д) изучение особенностей когнитивных функций; е) установление психологических особенностей пациентов: определение МПЗ и копинг-стратегий; ж) оценка уровня СФ.

Для комплексного обследования пациентов используются: клинично-психопатологический метод, психометрическое шкалирование, психодиагностический и социодемографический методы исследования. Рекомендуются методики: шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS); методика «Исключение лишнего», методика пиктограмм, опросник Келлермана — Плутчика «Индекс жизненного стиля» (ИЖС), методика «Копинг-поведение» в стрессовых ситуациях Норманн С. и др. (русскоязычная адаптация Крюковой Т. А.), психиатрическая шкала ограничения жизнедеятельности Всемирной организации здравоохранения — Psychiatric Disability Assessment Schedule (2-й раздел — выполнение социальных ролей).

На основании результатов исследования разрабатывается индивидуальная дифференцированная программа арт-терапии.

Принцип своевременности подразумевает: а) по возможности наиболее раннее начало арт-терапевтических мероприятий в завершающей фазе купирования психотических расстройств; б) хронологически последовательная структурированность интенсивной, базисной и поддерживающей составных частей арт-терапевтической программы; в) адекватность психологической арт-терапевтической нагрузки по силе и качественному составу упражнений актуальному психологическому состоянию пациентов.

Принцип динамического мониторинга позволяет установить степень тяжести, характер психопатологического процесса, психологические и социальные особенности пациентов, их динамику, осуществлять коррекцию программы и оценить эффективность арт-терапии.

Арт-терапевтическая интервенция имеет долгосрочный характер и состоит из двух последовательных блоков: основного (интенсивного) — на стационарном этапе лечения и поддерживающего — на амбулаторном (внебольничном). Курс работы в рамках основного блока составляет 2 месяца, поддерживающего — 24 месяца.

Интенсивный блок включает три этапа: психодиагностику и организационную подготовку, этап симптоматической коррекции и личностной реконструкции. Поддерживающий блок — этап поддержки позитивных изменений. Продолжительность этапа психодиагностики и организационной подготовки — 2 недели. Кратность использования арт-терапии — 2 раза в неделю в течение первых 11—14 дней пребывания пациентов в стационаре. Продолжительность этапа симптоматической коррекции — 2 недели. Кратность проведения сессий — 4 раза в неделю (8 занятий). Продолжительность этапа личностной реконструкции — 4 недели. Кратность использования арт-терапии — 3 раза в неделю (6 занятий) с последующим уменьшением до 2 раз в неделю (4 занятия).

Продолжительность этапа поддержки позитивных изменений — 2 года. Кратность проведения сессий — 1 раз в неделю (96 занятий). Общее количество арт-терапевтических занятий — 117. Длительность каждого сеанса в зависимости от этапа арт-терапии варьирует в пределах 45—90 минут.

Адекватным является использование группового варианта арт-терапии, что способствует высвобождению личностных ресурсов, задействованию механизмов личностной саморегуляции и выработке навыков полноценного общения. В рамках основного блока арт-терапия осуществляется в закрытых группах, поддерживающего — в частично открытых под руководством врача-психиатра/психотерапевта и медицинского психолога. Вариативность директивности ведущего зависит от этапа и уровня терапевтических изменений.

При работе используется тематически-аналитический подход. Содержательная часть структуры занятия учитывает исходные возможности пациентов и меняется в зависимости от динамики группового процесса, продвижения в научении, что позволяет повышать уровень нагрузок на различные сферы личного функционирования больных и стимулировать у них самораскрытие, развитие жизненных навыков, терапевтического потенциала группы. Усложнение достигается за счет экстенсивного фактора увеличения сенсорных модальностей — добавления к изобразительной деятельности музыкальных аудиорецепций и кинестетических арт-пластических упражнений. Фактором интенсивности является увеличение психологической нагрузки, связанной с процессами актуализации визуальных, аудиальных и кинестетических ощущений, вербализации переживаемых эмоций, роста пассивных и активных интеракций в групповых коммуникациях, увеличения объема работы в парах, малых группах, а также обращение к рефлексивному анализу.

Работа с больными проводится в специально оборудованном арт-терапевтическом центре с полным набором необходимых материалов и инструментов в специально выделенное время.

В ходе проведенного исследования осуществлено теоретическое обобщение и приведено новое решение актуальной научной задачи — разработаны принципы арт-терапии для больных с первым психотическим эпизодом.

Разработаны методологические и организационные принципы арт-терапии для больных с ППЭ, которые базируются на международных подходах, биопсихосоциальной концепции развития психических расстройств, медико-психологической концепции творчества как деятельности, актуализирующей адаптивные механизмы психологических защит и эмотивно-конструктивные стратегии преодоления болезненных факторов.

К методологическим принципам относятся: системность; комплексность; дифференцированный (индивидуальный подход); непрерывность и перманентность; этапность; своевременность; динамический мониторинг. К организационным: организация терапевтической среды (сеттинг); организация терапевтического процесса (правила работы терапевтической группы).

Арт-терапевтическая интервенция имеет долгосрочный характер и состоит из двух последовательных

блоков: основного (интенсивного) — на стационарном этапе лечения и поддерживающего — на амбулаторном (внебольничном). Арт-терапевтическое воздействие включает использование визуально-пластических средств, повествований, средств музыкальной и танцевально-двигательной экспрессии. Изобразительная деятельность выступала в качестве основополагающей.

Список литературы

1. Перший епізод шизофренії (сучасні принципи діагностики та лікування) [Текст] : метод. рекомендації / уклад.: Н. О. Марута, А. М. Бачериков; Ін-т неврології, психіатрії та наркології АМН України. — Харків, 2001. — 20 с.
2. The evaluation and management of patients with first-episode schizophrenia: a selective, clinical review of diagnosis, treatment, and prognosis [Текст] / [O. Freudenreich, D. J. Holt, C. Cather, D. C. Goff] // *Harv. Rev. Psychiatry*. — 2007. — Vol. 15, № 5. — P. 189—211.
3. Гузенко Е. В. Противорецидивная терапия больных, перенесших первый психотический эпизод [Электронный ресурс] / Е. В. Гузенко. — Режим доступа : URL: <http://www.psychiatry.ua/books/actual/paper028.htm>. — Название с экрана.
4. Марута Н. А. Комплекс психосоциальных тренингов для пациентов с первым психотическим эпизодом [Текст] : метод.

пособие / Н. А. Марута, И. А. Явдак, Г. Ю. Каленская. — Харьков, 2010. — 95 с.

5. Жизнь с шизофренией. Что делать? : краткое руководство для пациентов, страдающих шизофренией, и их родственников [Текст] / [Н. А. Марута, А. М. Кожина, В. И. Коростий, Л. М. Гайчук]. — Харьков, 2011. — 25 с.

6. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением : учеб. пособие по психотерапии [Текст] / М. Е. Бурно. — М.: Академ. проект, 2006. — 429 с.

7. Воскресенский Б. А. Творчество и психическая патология: некоторые вопросы теории и практики [Текст] / Б. А. Воскресенский, А. Я. Басова, Н. А. Титова // *Нові підходи до діагностики, лікування та реабілітації психічних захворювань: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 28—29 січня 2010 р.* — Х., 2010. — С. 150—152.

8. Гуменюк Л. Н. Арт-терапия в системе комплексной психосоциальной реабилитации больных шизофренией в условиях принудительного лечения [Текст] / Л. Н. Гуменюк, Е. А. Михайлова // *Тавр. мед.-биол. вестник*. — 2010. — № 4. — С. 37—40.

9. Provision and practice of art therapy for people with schizophrenia: results of a national survey [Текст] / S. Patterson, J. Debate, S. Anju [et al.] // *J. Ment. Health*. — 2011. — Vol. 20, № 4. — P. 328—335.

Надійшла до редакції 19.09.2012 р.

Л. М. Гуменюк, А. О. Савін

*ДУ «Кримський державний медичний університет імені С. І. Георгієвського», ДУ «Психіатрична лікарня № 5»
(м. Сімферополь, Крим)*

Принципи арт-терапії для хворих з першим психотичним епізодом

У статті наведено методологічні та організаційні принципи арт-терапії для хворих з першим психотичним епізодом під дією арт-терапії.

Ключові слова: арт-терапія, перший психотичний епізод.

L. Gymenyuk, A. Savin

State Institution "Crimean State medical University named after S. I. Georgiyevsky", State Institution "Clinical Insane Asylum № 5 (Simferopol', Crimean)"

Principles of art-therapy for the patients who have the first psychotic episode

The methodological and organizational principles of art-therapy for the patients who have the first psychotic episode are presented in the article.

Key words: art-therapy, first psychotic episode.