

С. П. Колядко, Г. Ю. Каленська
**ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ
 НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ**

С. П. Колядко, Г. Ю. Каленская
Особенности использования арт-терапии в лечении больных параноидной шизофренией

S. P. Kolyadko, Kalenska G. Y.
Peculiarities of the use of art therapy are in treatment of patients with paranoid schizophrenia

Авторами було розроблено й апробовано модель арт-терапії, та показано її ефективність під час лікування хворих на параноїдну шизофренію. Було обстежено 59 хворих. Доведено, що використання арт-терапевтичних методів позитивно впливає на особливості емоційної сфери, ставлення до хвороби, самосприйняття і прийняття соціуму. Ефективність терапії зумовлена підвищенням соціальної адаптації хворих, поліпшенням самооцінки, зменшенням вираженості загальної симптоматики шизофренії.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, арт-терапія

Авторами була розроблена і апробована модель арт-терапії, і показана її ефективність при ліčení больних параноїдної шизофренією. Было обсле́довано 59 больных. Доказано, что использование арт-терапевтических методов позитивно сказывается на особенностях эмоциональной сферы, отношении к болезни, самовосприятию и принятию социума. Эффективность терапии обусловлена повышением социальной адаптации больных, улучшением самооценки, уменьшением выраженности общей симптоматики шизофрении.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, арт-терапия

The authors developed and tested a model of art therapy and proved its effectiveness in treating patients with paranoid schizophrenia. It was inspected 59 patients. It was proved that the art therapy with the patients led to positive dynamic on the features of emotional sphere, attitude toward illness, self-perception and acceptance of society. Efficiency of therapy is conditioned by the increase of social adaptation of patients, improvement of self-appraisal, reduction of expressed of general symptomatology to schizophrenia.

Keywords: paranoid schizophrenia, art therapy

В умовах сучасного стану розвитку психіатричної галузі проблема надання допомоги хворим з психічними розладами займає важливе місце. Це зумовлено не тільки збільшенням кількості осіб, що страждають на цю патологію, а й багатьма соціальними, економічними факторами, особливостями розвитку суспільства та його ставлення до пацієнтів із психічними проблемами [1]. Одним з пріоритетних завдань психіатрії в таких умовах є розроблення терапевтичних програм, що включають використання не тільки психофармакологічних засобів, але й методів реабілітаційного характеру, в основі яких лежить біосоціальна модель надання психіатричної допомоги з впровадження методів психологічного впливу, що спрямовані на реінтеграцію особистості, формування адаптивного самоставлення та ставлення до своєї хвороби, розвиток адаптивних властивостей на фоні наявних патопсихологічних рис. Серед важливих методів такого впливу все частіше використовують арт-терапію, яка дозволяє через художні образи висловити актуальні переживання та поліпшити міжособистісні комунікації [2].

В останні роки активно ведеться розроблення нових оригінальних концепцій арт-терапії, що доповнюють традиційні психодинамічні, біхевіоральні та гуманістичні уявлення щодо природи та механізмів впливу художньої творчості [3]. Сучасний етап розвитку арт-терапії характеризується підвищенням уваги до різноманітних проявів комунікації, які здійснюються не тільки за допомогою вербального спілкування і художньої експресії, але й за допомогою інших засобів та форм творчого самовираження, через інтеграцію різних форм арт-терапії [4, 5].

Арт-терапія є окремою формою терапії творчістю і пов'язана, переважно, з так званими візуальними мистецтвами (живописом, графікою, фотографією, скульптурою, а також їх різними комбінаціями з іншими формами творчої діяльності). Термін арт-терапія був

запропонований 1938 року Адріан Хілл. Піонери арт-терапії спиралися на ідею З. Фрейда про те, що внутрішнє «Я» людини проявляється у візуальній формі щоразу, коли вона спонтанно малює і ліпить, а також на думки К. Г. Юнга про персональні й універсальні символи [6, 7]. Центральна фігура в арт-терапевтичному процесі — не пацієнт (як хвора людина), а особистість, яка прагне до саморозвитку і розширення діапазону своїх можливостей. Великий інтерес становлять спроби деяких арт-терапевтів розширити межі власних досліджень через використання нейропсихологічних даних, уявлень психосоматичної медицини, даних про психологію сприйняття візуальних образів і фізіології емоцій, деяких положень теорії прихильності, а також результатів вивчення плацебо-ефекту [8].

Сьогодні арт-терапія набуває все більшої популярності. Методи арт-терапії належать до проєктивних методик, за допомогою яких здійснюється сублімація в зовнішній світ найбільш тривожних аспектів життя. Одна з важливих переваг арт-терапії полягає в тому, що мистецтво дозволяє в прихованій символічній формі реконструювати конфліктну травматичну ситуацію і відшукати її вирішення. У процесі терапевтичної роботи відбувається м'яке опрацювання та корекція травмуючих подій. Однак, треба зазначити, що досліджень, які присвячені аналізу можливостей арт-терапії при лікуванні параноїдної шизофренії (ПШ), в сучасній науковій літературі недостатньо, що зумовило вибір напрямку дослідження [9, 10].

Мета дослідження — вивчити особливості ефекту арт-терапії під час лікування хворих на параноїдну шизофренію.

Для досягнення поставленої мети були сформульовані такі завдання:

1. Вибір форми групової арт-терапії та моделей роботи, що відповідають специфіці ендогенного розладу.
2. Проведення групової арт-терапії.
3. Оцінення ефективності використаної моделі групової арт-терапії.

Для хворих на шизофренію основної групи нами був розроблений курс арт-терапевтичних заходів, що ґрунтувалися на загальноприйнятих методологічних принципах арт-терапії, які полягали в центрації на людині як цілісності, поважанні її компетенції, спрямованості на процес та націленості на взаємодію та діалог.

Були визначені цілі арт-терапевтичного процесу, що полягали в вираженні емоцій і почуттів, пов'язаних з переживаннями щодо своїх проблем, самого себе; в активному пошуку нових форм взаємодії зі світом; знаходженні балансу в оцінюванні себе; підвищенні адаптивності в постійно мінливому світі (гнучкості).

Арт-терапію проводили 3 рази на тиждень, протягом 1,5 години. Кількість сеансів — 10. Структура кожної арт-терапевтичної сесії складалася з двох основних частин: а) невербальна, творча, неструктурована, де основний засіб самовираження — образотворча діяльність (малюнок). Використовували різноманітні механізми невербального самовираження та візуальної комунікації (70 % сесії); б) вербальна, апперцептивна і формально більш структурована — передбачає словесне обговорення, а також інтерпретацію намальованих об'єктів і асоціацій, що виникли. Використовували механізми невербального самовираження та візуальної комунікації (30 % сесії).

Були визначені фактори саногенного впливу в арт-терапії (те, що надавало зцілювальний ефект): 1) фактор художньої експресії — втілення почуттів, потреб і думок пацієнта в його роботу, досвід взаємодії з різними художніми матеріалами та художнім образом; 2) фактор психотерапевтичних відносин — динаміка взаємин пацієнта — терапевта — групи (перенесення і контрпереносу), вплив особистісного досвіду; 3) фактор інтерпретації і зворотного зв'язку — трансформація матеріалу (процесу і результату творчості) з емоційного рівня на рівень розуміння, формування сенсів.

В арт-терапевтичній роботі були використані такі прийоми і техніки арт-терапії: вільні теми малювання,

ліплення, колажі; тематичні малюнки (малюнок самого себе, малюнок своєї сім'ї, малюнок людини та ін.); вправи з кольорами; вправи з карлючками; заняття оригами; вправи з пластиліном.

Для визначення ефективності арт-терапевтичного підходу використовували комплекс таких методів: клініко-психопатологічний, психометрична шкала оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів (PANSS) [11], опитувальник «Тип ставлення до хвороби» Л. І. Вассермана із спів-авт. [12], опитувальник самоставлення В. В. Століна [13] та методи статистичної обробки отриманих даних (Statistica Electronic Manual Features 6.0 і пакет аналізу даних Excel) [14].

Було обстежено 59 хворих на ПШ. В основну групу входили 38 осіб, що отримували поряд з фармакотерапією курс арт-терапії. Групу порівняння склали 21 пацієнт, які одержували тільки фармакотерапію. Середній вік обстежуваних як в основній групі, так й в групі порівняння становив 34,6 роки. В обох групах досліджуваних переважали хворі жіночої статі: в основній — 63,16 %, в групі порівняння — 59,52 %. Вищу освіту мали 31,58 % хворих основної групи та 21,43 % хворих групи порівняння, незакінчену вищу — 39,47 % та 40,48 % відповідно, середню спеціальну — 23,68 % та 14,05 % відповідно, без освіти — 5,26 % та 2,61 % відповідно. В основній групі 44,74 % хворих працювали, з них 55,26 % займалися розумовою працею, в групі порівняння 45,24 % хворих працювали, з них 23,81 % були зайняті в сфері інтелектуальної праці. Отже, за полом, віком, освітою та зайнятістю хворі двох груп не мали суттєвих відмінностей.

За допомогою шкали PANSS проводили клініко-психопатологічне дослідження хворих на шизофренію обох груп, що дозволило визначити рівень виразності позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів та їх динаміку в процесі лікування запропонованими засобами. Психометричний профіль обстежених груп хворих та його динаміка наведені в таблиці.

Клініко-психопатологічні ознаки параноїдної шизофренії (за даними PANSS)

Показник	Основна група		Група порівняння	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
П1 Маячення	4,87 ± 1,29	2,86 ± 1,33	4,25 ± 1,41	2,61 ± 1,65
П2 Розлади мислення	4,19 ± 1,12	3,62 ± 1,02	4,37 ± 0,98	2,65 ± 1,02
П3 Галюцинації	3,68 ± 1,66	2,12 ± 1,87	3,36 ± 1,77	2,72 ± 1,73
П4 Збудження	4,07 ± 1,12	2,92 ± 1,32	3,14 ± 1,16	2,85 ± 1,26
П5 Ідеї величі	1,46 ± 1,08**	0,63 ± 0,78	1,23 ± 1,12*	0,93 ± 1,32
П6 Підозрілість, ідеї переслідування	3,16 ± 1,33	2,2 ± 0,45	3,22 ± 1,24	2,44 ± 1,32
П7 Ворожість	3,75 ± 1,22**	1,32 ± 2,87	3,22 ± 1,11	2,15 ± 2,12
Важкість продуктивної симптоматики	25,18 ± 4,64	15,67 ± 3,2	22,82 ± 2,33	16,35 ± 3,12
H1 Притуплений афект	3,23 ± 1,18	3,01 ± 2,12	3,46 ± 1,18	2,99 ± 2,24
H2 Емоційна відгородженість	3,14 ± 1,12	3,02 ± 1,08	3,28 ± 1,22	2,72 ± 1,06
H3 Труднощі у спілкуванні	4,20 ± 1,14*	2,42 ± 1,66	3,64 ± 1,08	2,41 ± 2,05
H4 Пасивно-апатична соціальна відгородженість	4,08 ± 1,15*	2,14 ± 3,43	3,79 ± 2,23	2,61 ± 1,24
H5 Порушення абстрактного мислення	3,08 ± 0,99	2,92 ± 1,65	3,18 ± 1,16	2,92 ± 1,45
H6 Порушення спонтанності і плавності мови	3,38 ± 1,06	2,13 ± 1,13	2,84 ± 0,97	2,01 ± 1,15
H7 Стереотипне мислення	2,65 ± 1,16	2,11 ± 2,12	2,91 ± 1,17	2,09 ± 2,34
Важкість негативної симптоматики	25,76 ± 3,67	17,75 ± 4,23	23,1 ± 3,08	17,75 ± 2,09

Показник	Основна група		Група порівняння	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
O1 Соматичне неблагополуччя	2,34 ± 1,23**	1,72 ± 1,33	2,70 ± 1,23	1,92 ± 1,09
O2 Тривога	2,23 ± 2,4**	1,06 ± 2,13	3,42 ± 2,51	2,17 ± 1,52
O3 Почуття провини	2,28 ± 1,16*	1,29 ± 1,09	1,66 ± 2,81	1,02 ± 0,71
O4 Напруженість	3,61 ± 0,96**	1,46 ± 2,98	3,48 ± 1,31	2,15 ± 0,93
O5 Манірність і позування	1,90 ± 1,14	1,01 ± 1,32	1,80 ± 1,23	1,4 ± 1,15
O6 Депресія	2,97 ± 0,74**	1,24 ± 1,11	4,13 ± 2,02*	2,02 ± 2,02
O7 Моторна загальмованість	3,61 ± 1,13	2,1 ± 1,12	3,01 ± 3,08	2,41 ± 2,11
O8 Відчуженість	4,52 ± 2,01**	2,31 ± 2,01	4,12 ± 2,11	3,01 ± 2,67
O9 Незвичний зміст думок	2,01 ± 1,43	1,98 ± 1,32	1,56 ± 1,13	1,24 ± 1,09
O10 Дезорієнтованість	1,03 ± 1,11	1,01 ± 1,08	1,40 ± 1,09	1,05 ± 1,02
O11 Порушення уваги	4,04 ± 1,34	3,16 ± 2,11	4,89 ± 2,87	2,96 ± 1,17
O12 Зниження критичності до свого стану	5,03 ± 2,46	3,01 ± 2,14	4,82 ± 2,56	2,62 ± 1,07
O13 Порушення волі	4,26 ± 2,31**	2,10 ± 1,08	4,95 ± 2,43**	2,13 ± 1,21
O14 Послаблення контролю імпульсивності	3,38 ± 2,14	2,02 ± 1,01	3,62 ± 2,76**	1,93 ± 1,03
O15 Завантаженість психічними переживаннями	5,01 ± 4,12	3,01 ± 2,01	5,19 ± 3,08	3,08 ± 2,98
O16 Активна соціальна відстороненість	4,68 ± 2,43	2,24 ± 1,11**	4,21 ± 2,71	2,96 ± 1,54
Сумарний бал	101,84 ± 2,33	64,14 ± 1,56	100,88 ± 3,02	68,17 ± 2,87

Примітка. * — Різниці достовірні при $p \leq 0,05$; ** — різниці достовірні при $p \leq 0,001$

Як видно з таблиці, середній сумарний бал в основній групі становив $101,84 \pm 2,33$ бали, в групі порівняння — $100,88 \pm 3,02$, інтегративний показник важкості продуктивної симптоматики складав $25,18 \pm 4,64$ та $22,82 \pm 2,33$ бали відповідно; інтегративний показник важкості негативної симптоматики становив $25,76 \pm 3,67$ бали та $23,1 \pm 3,08$ відповідно. Статистичний аналіз результатів продемонстрував відсутність значущих різниць між групами, що дозволило надалі визначити вплив психотерапевтичних заходів на динаміку психопатологічної симптоматики. Оцінювання за шкалою PANSS проводили до та після лікування.

Хворі основної групи отримували розроблений комплекс терапії, що включав фармакотерапію, відповідно до положень Протоколу про надання психіатричної допомоги, у сполученні з методами арт-терапії. Хворі групи порівняння отримували тільки фармакотерапію.

Достовірно значущі зміни спостерігалися у хворих основної групи за шкалами, що відображають виразність 1) позитивної симптоматики — «Ідеї величі» ($1,46 \pm 1,08$ бали до лікування та $0,63 \pm 0,78$ бали після лікування), «Ворожість» ($3,75 \pm 1,22$ та $1,32 \pm 2,87$ бали відповідно), $p \leq 0,001$; 2) негативної симптоматики — «Труднощі у спілкуванні» ($4,20 \pm 1,14$ та $2,42 \pm 1,66$ бали відповідно), «Пасивно-апатична соціальна відгородженість» ($4,08 \pm 1,15$ та $2,14 \pm 3,43$ бали відповідно), $p \leq 0,001$; 3) загальної психопатологічної симптоматики — «Соматичне неблагополуччя» ($2,34 \pm 1,23$ та $1,72 \pm 1,33$ бали відповідно), «Тривога» ($2,23 \pm 2,40$ та $1,06 \pm 2,13$ бали відповідно), «Почуття провини» ($2,28 \pm 1,16$ та $1,29 \pm 1,09$ бали), «Напруженість» ($3,61 \pm 0,96$ та $1,46 \pm 2,98$ бали відповідно), «Депресія» ($2,97 \pm 0,74$ та $1,24 \pm 1,11$ бали відповідно), «Відчуженість» ($4,52 \pm 2,01$ та $2,31 \pm 2,01$ бали відповідно), «Порушення волі» ($4,26 \pm 2,31$ та $2,10 \pm 1,08$ бали відповідно), $p \leq 0,001$.

В групі порівняння значущі різниці спостерігалися за шкалами «Ідеї величі» ($1,23 \pm 1,12$ та $0,93 \pm 1,32$ бали відповідно); «Депресія» ($4,13 \pm 2,02$ та $2,02 \pm 2,02$ бали відповідно), ($p \leq 0,05$) та «Порушення волі» ($4,95 \pm 2,43$ та $2,13 \pm 1,21$ бали відповідно), «Послаблення контролю імпульсивності» ($3,62 \pm 2,76$ та $1,93 \pm 1,03$ бали відповідно), $p \leq 0,001$.

Отже, в процесі лікування комплексною терапією з використанням арт-терапії динаміка психопатологічної симптоматики спостерігалася за більшістю шкал, порівняно з хворими групи порівняння. Основні позитивні зміни в обох групах стосувалися загальної психопатологічної симптоматики.

Аналіз результатів методики «Тип ставлення до хвороби» продемонстрував деякі типові особливості ставлення до власної хвороби у пацієнтів з ПШ (рис. 1).

Було встановлено, що у хворих на ПШ до лікування визначався змішаний тип ставлення до хвороби: параноально-апатико-іпохондричний, що свідчить про інтрапсихічну спрямованість типу реагування та характеризується наявністю особистісної дезадаптації. Тобто, емоційно-афективний аспект відносин у хворих на ПШ з цими типами реагування клінічно виражався в підозрливості та ворожості до оточуючих ($21,34 \pm 2,34$ бали — для основної групи та $22,04 \pm 2,01$ бали — для групи порівняння).

Апатичний тип реагування проявлявся в байдужості до своєї долі, до результатів лікування та у втраті інтересу до життя ($23,56 \pm 2,87$ бали — для основної групи та $20,34 \pm 1,98$ бали — для групи порівняння). Іпохондричний тип реагування проявлявся в наявності високої тривожності та фіксації на суб'єктивних відчуттях ($20,56 \pm 1,87$ бали — для основної групи та $21,32 \pm 2,16$ бали — для групи порівняння).

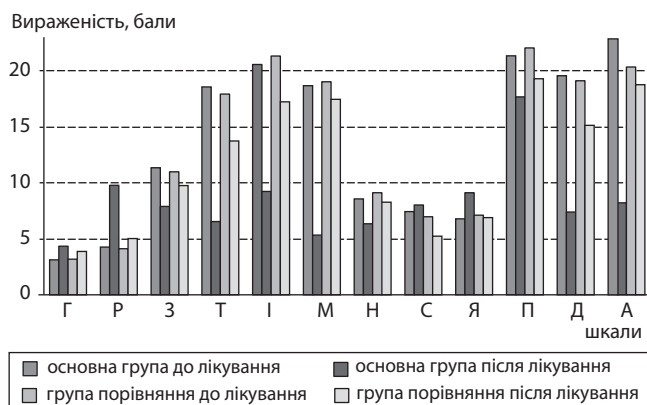


Рис. 1. Динаміка типів ставлення до хвороби в процесі арт-терапії у пацієнтів з ПШ

Умовні позначення шкал: Г — гармонійний тип; Р — ергопатичний тип; З — анозогностичний тип; Т — тривожний тип; І — іпохондричний тип; М — меланхолічний тип; Н — неврастенічний тип; С — сенситивний тип; Я — егоцентричний тип; П — паранояльний тип; Д — дисфоричний тип; А — апатичний тип

Після лікування у хворих, що проходили курс арт-терапії, відбулись істотні зміни ставлення до хвороби. Визначалось підвищення показників ергопатичного типу реагування на хворобливі прояви, що свідчило про поліпшення соціальної адаптації хворих на ПШ ($9,78 \pm 1,34$ бали). Після закінчення курсу арт-терапії у хворих на ПШ з'являлась більш активна життєва позиція, ніж це було на початку арт-терапії ($p \leq 0,05$). Також були визначені достовірні різниці за фактором ставлення до власної хвороби й за такими показниками: знизилась показники тривожного, іпохондричного, меланхолічного, дистимічного та апатичного ставлень до хвороби ($p \leq 0,0025$, $p \leq 0,0001$, $p \leq 0,0025$, $p \leq 0,0001$ та $p \leq 0,0005$ відповідно), що проявлялось в зниженні рівня тривожності, зменшенні активних депресивних висловлювань, появі оптимістичних поглядів, інтересу до життя, роботи та майбутнього.

У хворих групи порівняння, що проходили курс фармакотерапії, також відбувалися зміни у ставленні до власної хвороби: знизилась показники тривожного та іпохондричного ставлення до хвороби ($p \leq 0,05$), що проявлялось в зниженні рівня тривожності та фіксації на власних симптомах, але залишились високими показники меланхолічного та апатичного ставлення до хвороби ($17,45 \pm 1,56$ бали та $18,76 \pm 1,93$ бали відповідно), що проявлялось в збереженні низького інтересу до життя, байдужості до власної долі, песимістичному погляді на майбутнє, в пасивному підпорядкуванні процедурам та лікуванню при постійному наполяганні зі сторони.

Аналіз результатів опитувальника самоствавлення В. В. Століна продемонстрував деякі особливості, притаманні хворим на ПШ (рис. 2).

Зокрема, для хворих на ПШ характерним був низький рівень інтегрального самоствавлення ($21,65\%$ та $21,33\%$ для основної групи та групи порівняння, відповідно), що проявлялось в низьких показниках самоповаги ($23,04\%$ та $24,11\%$ для основної групи та групи порівняння, відповідно) та аутосимпатії ($36,87\%$ та $34,76\%$ для основної групи та групи порівняння, відповідно). Треба зазначити, що найнижчими були показники, пов'язані з соціумом: пацієнти з ПШ схильні були очікувати від оточуючих до себе негативного ставлення

($11,98\%$ та $10,91\%$ для основної групи та групи порівняння, відповідно) та були впевнені у власній нецікавості для інших людей ($19,02\%$ та $18,79\%$ для основної групи та групи порівняння, відповідно).

Після закінчення курсу арт-терапії було визначено поліпшення самоствавлення практично за всіма показниками у пацієнтів основної групи.

Значно підвищилось інтегральне відчуття свого «Я», зросла самооцінка ($p \leq 0,01$), а також показники самоповаги ($p \leq 0,0001$) та аутосимпатії ($p \leq 0,05$). Поліпшилися відносини з оточуючими: з одного боку, хворі на депресивні розлади стали очікувати до себе більш позитивного ставлення ($p < 0,0001$) та, з другого боку, — від оточуючих почали відчувати підтримку, стосунки стали більш емоційно теплими, ніж на початку курсу арт-терапії ($p < 0,0025$). Отже, треба зазначити, процес арт-терапії позитивно впливав на підвищення самоствавлення особистості хворих на ПШ. У хворих групи порівняння показники самоствавлення істотно не змінилися: відбувалася позитивна динаміка самоприйняття, але ці зміни не були статистично значущими. Також треба наголосити, що у хворих групи порівняння залишався низьким показник очікування ставлення від оточуючих та сприйняття себе як нецікавих для інших.

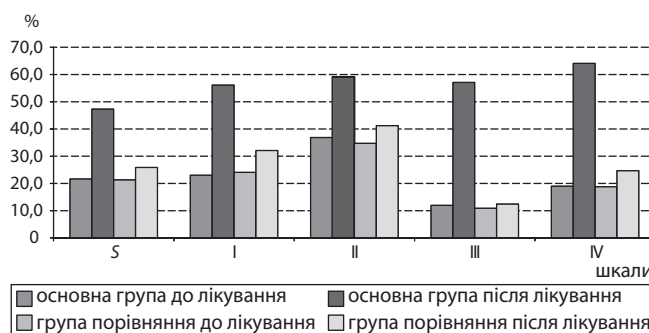


Рис. 2. Динаміка самоствавлення хворих на ПШ в процесі проведення арт-терапії

Умовні позначення: S — інтегральне самоствавлення; I — самоповага; II — аутосимпатія; III — очікуване ставлення від оточуючих; IV — впевненість у своїй цікавості для інших

Отже, встановлено, що запропоноване поєднання арт-терапії з фармакотерапією є ефективним засобом лікування пацієнтів з параноїдною шизофренією. Доведено, що використання арт-терапії позитивно впливає у пацієнтів з параноїдною шизофренією на особливості емоційної сфери, ставлення до хвороби, самоствавлення та сприйняття соціуму. Ефективність терапії зумовлена підвищенням соціальної адаптації хворих; поліпшенням інтегральної самооцінки та зменшенням виразності загальної симптоматики шизофренії. Результати проведеного дослідження варто враховувати під час проведення психокорекційних заходів цієї категорії хворих.

Список літератури

- Хобзей М. Л., Волошин П. В., Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні // Український вісник психоневрології. 2012. Т. 20, вип. 3(72). С. 13—19.
- Болл Б. Интеграция научных исследований в практику и теории арт-терапии // Исцеляющее искусство : Журнал арт-терапии. 2001. Т. 3, № 4. С. 10—32.

3. Вид В. Л. Психотерапия шизофрении: Краткое руководство. 3-е изд-е. СПб.: Питер, 2008. 512 с.

4. Діхтяр В. О. Рівень соціального функціонування та якості життя як основа психотерапії хворих на параноїдну шизофренію // Український вісник психоневрології. 2009. Т. 17, вип. 3 (60). С. 35—44.

5. Джангильдин Ю. Т. Синтетически ориентированная психотерапия шизофрении в условиях дневного реабилитационного стационара / Ю. Т. Джангильдин, А. Л. Адаме // Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология. 2010. Вып. 8. С. 105—107.

6. Маклаган Д. Образ в арт-терапии: от символа к эстетическим качествам // Исцеляющее искусство: Журнал арт-терапии. 2001. Т. 4, № 1. С. 27—29.

7. Копытин А. И. Теория и практика арт-терапии. СПб.: Питер, 2000. 368 с.

8. Бурно М. Е., Калмыкова И. Ю. О повышении качества душевной жизни больных шизофренией с помощью особого варианта терапии творческим самовыражением // Психическое здоровье. 2009. № 3. С. 37—43.

9. Марута Н. О., Семікіна О. Є., Каленська Г. Ю. Особливості арт-терапії хворих на депресивні розлади органічного генезу // Український вісник психоневрології. 2012. Т. 20, вип. 1(70) (додаток). С. 54.

10. Луззатто П. Краткосрочная арт-терапия в «остром» психиатрическом отделении. В кн.: Практикум по арт-терапии / под ред. А. И. Копытина. СПб.: Питер, 2000, С. 67—98.

11. Kay S., Opler L., Fiszbein A. Positive and Negative Syndrome Scale Manual. North Tonawanda, NY: Multy-H Health Systems, 1994.

12. Психологическая диагностика отношения к болезни : пособие для врачей / [Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс]. СПб., 2005. 31 с.

13. Столин В. В., Пантеев С. Р. Опросник самоотношения // Сб.: Практикум по психодиагностике. Психодиагностические материалы. Москва : изд-во Московского ун-та, 1988. С. 123—130.

14. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. СПб.: Речь, 2007. 350 с.

Надійшла до редакції 19.12.2016 р.

КОЛЯДКО Світлана Петрівна, доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу неврозів та пограничних станів Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), г. Харків, Україна; e-mail: s.kolyadko@ukr.net

КАЛЕНСЬКА Галина Юрївна, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник відділу неврозів та пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: kalenskaya_galina@mail.ru

KOLYADKO Svitlana, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher of the Department Neuroses and Borderline Conditions of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv, Ukraine; e-mail: s.kolyadko@ukr.net

KALENSKA Galyna, PhD in Psychological Sciences, Senior Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: kalenskaya_galina@mail.ru