

АРТ-ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

О.ИОНОВ, М.ГОРКОВЛЮК*

Реабилитация больных, страдающих пограничными психическими расстройствами, не ограничивается устранением психопатологической симптоматики, а нацелена на мобилизацию собственных ресурсов пациентов, закрепление их адаптивных механизмов, повышение стрессоустойчивости, восстановление социального функционирования (Дмитриева, Тихоненко, 2001). В этой связи с особой остротой ощущается необходимость разработки комплексных реабилитационных программ и их внедрения в практику. Одна из таких программ более 10 лет успешно реализуется в Отделении восстановительного лечения ОКПБ г. Иваново. В статье акцентируется внимание на лечебном потенциале арт-терапии.

Данные зарубежной литературы свидетельствуют о высоких терапевтических возможностях арт-терапии, применение которой достоверно повышает эффективность проводимых в клинике реабилитационных мероприятий (*Liebmann, 1987; Lund, Ormerod, 1986; Moloу, 1984; Paluba, 2001*). В отечественной литературе этот метод, к сожалению, освещен недостаточно. Обращают на себя внимание концептуальные работы М.Е.Бурно (1989), Р.Б.Хайкина (1992) и А.И.Копытина (2002).

Цель данной работы – изучение возможностей арт-терапии в комплексной реабилитации больных с пограничными расстройствами и разработка оптимальных методов ее применения. Арт-терапия выступает частью комплексной программы, в которую, помимо терапии средой и занятостью, а также биологической терапии, были включены: библио-, музыка- и социокультурная терапия, лечебная физкультура, тренинги речи, пластики, коммуникативных навыков, психообразование, работа с семьями душевнобольных и даже самодеятельный театр кукол.

Основным материалом служили данные о 66 больных с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, проходивших курс реабилитации в ОВЛ ОКПБ г. Иваново с 1999 по 2003гг. Контрольная группа больных (50 человек) по возрастным характеристикам и диагностическому распределению была сопоставима с группой исследования (Табл. 1).

* *Ионов О.А., Горковлюк М.А.* – Областная клиническая психиатрическая больница г. Иваново, Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Москва.

Диагностическое распределение больных основной и контрольной групп

Диагнозы (по МКБ-10)	Группа исследования		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
F40-41. Тревожно-фобические расстройства	20	30.3	15	30
F42. Обсессивно-компульсивные расстройства	6	9.1	4	8
F43. Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации	12	18.2	10	20
F45. Соматоформные расстройства	18	27.3	13	26
F48. Неврастения	10	15.1	8	16
Всего	66	100	50	100

В основной группе арт-терапия была включена в традиционный комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий (фармако-, трудо- и социокультурная терапия); в контрольной – арт-терапевтическая методика не применялась.

Среди больных с пограничными психическими расстройствами лица с высшим образованием составили 41%, со средним специальным – 52% и со средним – 7%. 6% имели вторую группу инвалидности. Среди трудоспособных пациентов 78% работали, 22% не имели работы. Работающие пациенты в 50% случаев были трудоустроены по специальности, такое же количество больных сменило профессию, причем половина из них снизила квалификацию. 77% больных состояли в браке, 23% были холосты либо разведены.

В процессе исследования применялись:

1) клинико-психопатологический и клинико-катамнестический методы с использованием специально разработанной исследовательской карты, включающей социально-демографический и клинический разделы;

2) шкала общего клинического впечатления (*Global Clinical Impression – GCI*);

3) опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных, адаптированный в России (*Гурович, Шмуклер, 1998*);

4) клинико-психотерапевтический метод, основанный на модели динамической оценки коммуникативных процессов в арт-терапевтической группе и динамики основных факторов психотерапевтического воздействия (*Копытин, 2002*);

5) методы математической статистики (компьютерные программы *Microsoft Excel 2000* и *Statistica for Windows версия 6.0.*).

Оценка тяжести заболевания и динамики психического состояния пациентов по шкале общего клинического впечатления (*GCI*), а также оценка (по опроснику) социального функционирования и качества жизни проводились трижды: до начала лечения, в середине цикла занятий и сразу после окончания терапии. Оба метода использовались в катамнезе, спустя

6 месяцев. Данные клинико-психотерапевтических наблюдений регистрировались на каждом занятии.

Работа с больными велась в специально оборудованном арт-терапевтическом кабинете. Изобразительные материалы включали краски (акварель, гуашь, масло), цветные карандаши, стики, бумагу разного цвета, формата и фактуры, журналы для создания коллажей, а также другие материалы.

Из известных разновидностей арт-терапевтических подходов предпочтение было отдано *тематическому*. Он характеризуется относительно высокой структурированностью и не менее высокой директивностью, отвечающей, на наш взгляд, ожиданиям большинства пациентов, возможностью проведения курсов небольшой и средней продолжительности, доступностью для пациентов, в том числе и не имеющих опыта художественного творчества, использованием широкого набора факторов лечебно-коррекционного воздействия. Сессии проводились от 3 до 5 раз в неделю, продолжительностью 2-3 часа, на протяжении 6 недель. Занятия имели обычную для тематической групповой арт-терапии структуру: а) введение и «разогрев»; б) выбор темы и изобразительная работа; в) обсуждение рисунков и завершение сессии. Количество участников группы варьировало от 7 до 10 человек. Группы были полуоткрытыми и гомогенными по нозологическому и возрастному признакам.

Начиная работу, мы ставили следующие задачи:

– ослабление имеющихся у больных симптомов, связанных как с самим заболеванием, так и с реакцией на него, оптимизация их психического состояния и социального функционирования;

– достижение более высокого уровня психосоциальной адаптации, в частности, – лучшего понимания особенностей своего состояния, причин и механизмов развития болезни; формирование навыков саморегуляции; развитие способности выражать свои чувства и мысли в вербальной и невербальной формах;

– укрепление чувства «Я», совершенствование способностей к принятию самостоятельных решений, к действиям в конфликтных и напряженных ситуациях, формирование устойчивой системы социально-значимых связей, интересов, увлечений и т.д.

Как уже отмечалось выше, арт-терапевтический процесс включал несколько этапов:

1. Подготовительный этап заключался в объяснении больным особенностей подхода, а также правил поведения в группе; участников группы знакомили с арт-терапевтическим пространством, разъясняли условия проведения проекционных рисуночных тестов («Человек, срывающий яблоко с дерева»).

2. На этапе формирования системы психотерапевтических отношений и начала изобразительной деятельности использовались методики, способствующие развитию творческого воображения, активизации

больных и повышению их способности к самоконтролю. Среди них следует упомянуть «каракули Винникотта», технику коллажа, упражнения с цветами. Так же оправдано применение техник с элементами аутогенной тренировки и релаксации (рисование мандал, метод направленной визуализации в сочетании с изобразительной работой, метод Бенедетти).

3. На этапе укрепления и развития психотерапевтических отношений применялись упражнения, позволяющие пациентам выразить в художественной и драматической форме свои мысли и чувства, связанные, в том числе, со значимыми проблемными ситуациями («Моя проблема», «Яркое воспоминание детства», техника «Джорноллинг», «Маска», песочная терапия). Техники интерактивного характера и мультимодальный подход способствовали развитию коммуникативных навыков, укреплению чувства идентичности и актуализации механизмов психологической защиты. Эти приемы также способствовали прояснению и осознанию пациентами системы своих отношений, включая отношение к самим себе («Драматическая арена», групповая мало структурированная работа с предварительным выбором темы).

4. На заключительном этапе в большей мере использовались драматерапевтические и постмодернистские техники, позволяющие аккумулялировать приобретенный опыт групповой и индивидуальной работы и, вместе с тем, осуществить более «мягкий» выход из психотерапевтического процесса («Поиск священного Грааля», «Метафора терминации», «перформанс», новогодний КВН).

Сравнительная оценка тяжести психического состояния больных по шкале *GCI* до проведения арт-терапии, после ее проведения и в катамнезе выявила его положительную динамику. До проведения арт-терапии слабо выраженные психические нарушения имели 68% пациентов, после – 14% ($p < 0,001$), в катамнезе – 20% ($p < 0,001$). Умеренно выраженные нарушения до арт-терапии отмечались у 32% больных, после – у 10% ($p < 0,001$). В целом, по завершении курса арт-терапии около 70% пациентов можно было считать здоровыми, такое же количество пациентов без психических нарушений оставалось и в катамнезе. В контрольной группе до и после лечения степень выраженности нарушений была сопоставима с группой исследования, однако катамнестически сохранялась группа больных с умеренно выраженными нарушениями, что статистически достоверно отличало ее от группы исследования ($p < 0,05$).

Динамика психического состояния больных в группе исследования характеризовалась уменьшением в течение терапии количества больных с незначительным улучшением (во время – 45%, после – 21%, при $p < 0,02$) и возрастанием числа пациентов с существенным (с 27% до 34%) и значительным (от 0% до 45% при $p < 0,001$) улучшением психического состояния. Вместе с этим, доля больных, психическое состояние которых оставалось без перемен, снизилась с 18% до 0 ($p < 0,01$). Катамнестические данные свидетельствуют об уменьшении количества пациентов,

характеризующихся существенным (до 18%) и незначительным (также до 18%) улучшением психического состояния, и увеличении за счет этого числа больных со *значительным* улучшением до 57%. В контрольной группе число больных со *значительным*, *существенным* и *незначительным* улучшением после лечения сопоставимо с группой исследования и статистически достоверно не различается. Однако, количество пациентов, у которых достигнутое в результате лечения улучшение психического состояния сохранялось и в катамнезе, в группе исследования было достоверно выше, чем в контрольной ($p < 0,02$ и $p < 0,01$).

Кроме того, качественный клинический анализ, основанный на выделении ведущих психопатологических синдромов, показал, что улучшение состояния больных основной группы, по сравнению с контрольной, достоверно более выражено и, прежде всего, у лиц, страдающих тревожно-фобическими и соматоформными расстройствами, а также расстройствами адаптации.

Если об улучшении состояния больных судить по степени редукции психопатологических расстройств, то в целом, несмотря на некоторые структурные особенности, в основной и контрольной группах оно выражено примерно одинаково, но более стабильным является при использовании арт-терапии.

Если же проанализировать динамику показателей социального функционирования и качества жизни до и после лечения, то их улучшение, достигнутое в группе исследования, достоверно более значительно и более устойчиво, чем в группе контроля. При этом наиболее существенные различия наблюдались в степени удовлетворенности целым рядом сфер: «физической работоспособности» ($p < 0,01$), «психического состояния», «физического состояния», «интеллектуальной продуктивностью» ($p < 0,01$), «дневной активностью» ($p < 0,02$), «отношениями с родственниками» ($p < 0,05$) и пр.

Наблюдения за ходом групповой арт-терапевтической работы позволяют констатировать действие разнообразных факторов и механизмов психотерапевтических изменений, включая, прежде всего, такие факторы, как художественная экспрессия, психотерапевтические отношения, интерпретация, и механизм вербальной «обратной связи».

Особенности динамики фактора художественной экспрессии выражаются в спонтанном взаимодействии пациентов с предлагаемыми художественными материалами, в использовании различных групп материалов на протяжении одного задания, в заинтересованной погруженности в творческий процесс, нередко – в стремлении создать произведение, соответствующее эстетическим стандартам. Образы часто имеют символический характер и отражают глубинные психологические конфликты, психотравмирующие ситуации и нереализованные потребности.

Динамика внутригрупповых процессов и отношений также отличается нарастанием спонтанности, расширением способов коммуникации (за счет

более частого использования сенсомоторного и драматически-ролевого способов), уменьшением зависимости участников группы от ведущего при сохранении заинтересованности в эмоциональной поддержке с его стороны.

Пациенты начинают принимать более активное участие в структурировании сессий, предлагая собственные темы, что может свидетельствовать о потребности в глубокой психотерапевтической работе. Специфическим признаком является феномен переноса.

Тематическая группа изначально предполагает высокий уровень вербальной активности ее участников. Помимо обязательных для первых тематических сессий обсуждений, по мере их дальнейшего хода устраивались специальные дискуссии, помогавшие определить наиболее значимые для участников вопросы и оценить систему их отношений. Что касается интерпретаций, то они вводились и строились в соответствии с требованиями психодинамического подхода, с той оговоркой, что арт-терапевт стремился избегать прямых интерпретаций работ пациентов, опасаясь вторжения в их весьма хрупкое «Я» и предвидя возможное с их стороны усиление зависимости от терапевта. Кроме того, здесь всегда сохраняется угроза навязывания собственных дискурсивных моделей, связанных с культурным и профессиональным опытом ведущего. В настоящее время наиболее корректной можно считать так называемую «множественную интерпретационную стратегию» (Келиш, 2002). Предлагаемый ею интерпретативный репертуар и формулировка гипотез включает несколько этапов, или возможностей:

1. а) *Эстетический* подход к восприятию художественной продукции (отказ от критических оценок, центрирование на образе);

б) *феноменологический* подход (оценка проекций, допустимость субъективности восприятия, значимость феноменологических описаний).

2. *Формалистский* подход (анализ разных формальных характеристик художественной работы, их тщательное описание, но не интерпретация);

3. *Личностный* подход (анализ особенностей психического развития пациента, истории его жизни и заболевания, семейной системы, защитных механизмов, архетипических проявлений, сильных и слабых сторон личности).

4. *Социокультурный* подход (анализ различных, связанных с этнической, классовой, демографической, религиозной и т.д. принадлежностью пациента, влияний на процесс и результаты его изобразительной деятельности, включая патогенные социокультурные влияния).

5. *Впечатления и наблюдения* (формулировка субъективных и объективных гипотез).

В качестве одного из вариантов вербальной «обратной связи» использовались художественные описания изобразительной продукции: больным предлагалось создать на основе своих рисунков рассказ или записать ряд связанных с ними ассоциаций. Иногда ключом к пониманию

переживаний больного и основой для последующего продуктивного диалога могло служить название рисунка, которое чаще всего выбиралось интуитивно. Использование техники прояснения помогало подвести пациента к осознанию глубокого содержания его изобразительной продукции.

В качестве примера использования арт-терапии при пограничных психических расстройствах приводится серия рисунков, созданных пациенткой в ходе арт-терапевтических сессий за 3 месяца.

Больная 3., 24 года, в ноябре 2003г. была направлена психотерапевтом диспансера в Отделение восстановительного лечения для прохождения групповой арт-терапии. На первую встречу пришла в сопровождении матери. Мать предъявляла жалобы на то, что дочь ничем не хочет заниматься, не знает смысла своей жизни, хотя есть прекрасная возможность принимать участие в ведении семейного дела, бесцельно проводит время, имеет крайне ограниченный круг общения.

Из анамнеза: родилась первым ребенком, имеет сестру младше на 6 лет, наследственность не отягощена, в детстве была обычным ребенком, ничем не болела. До 9 лет воспитывалась в полной семье, потом родители развелись, и отец уехал в другой город. После развода мать занялась бизнесом и через некоторое время сошлась с другим мужчиной, образовав новую семью и взяв с собой детей. В школе девочка успевала хорошо, была общительна, имела друзей и подруг. По окончании школы получила среднее специальное образование эколога. Нигде не работала. В течение 2001 года употребляла внутривенно героин и курила марихуану. Заразилась ВИЧ и когда об этом узнала, самостоятельно перестала принимать наркотики. С тех пор сильно изменилась: стала менее общительной, замкнутой, оградила себя от социальных контактов, большую часть времени проводила дома или в компании друга, также ВИЧ-инфицированного, не хотела работать, конфликтовала с близкими.

Пациентке был поставлен следующий диагноз: пролонгированная реакция на тяжелый стресс, нарушение адаптации.

На первой сессии пациентка держалась несколько напряженно, избегала вербального и визуального контакта. Психотерапевтом было предложено группе выполнить упражнение из серии мандал (см. рис. 1). Были даны следующие инструкции:

«Возьмите лист размером А4 и картонную тарелку (27 см в диаметре) и обведите ее простым карандашом. Затем отложите карандаш, возьмите цветной пастельный мелок и нарисуйте что-нибудь в центре круга, выбрав тот цвет, который наиболее приятен вам в данный момент. Сфокусируйте внимание на нарисованной вами форме и подумайте, какое следующее действие она вам подсказывает. Важно получить от этой работы удовольствие.

Внешние границы круга не должны являться для вас непреодолимым препятствием. Если вы хотите выйти за их пределы, вы можете это сделать – это ваш круг.

Когда закончите рисовать, подпишите рисунок, поставьте дату и укажите, где верхняя часть изображения».

По мнению К.Юнга, мандала является отражением Самости – организующего центра личности (*Jung, 1973; Fincher, 1991*). Самость воплощает полноту психической жизни и включает в себя как сознание, так и бессознательное (*Jung, von Franz, 1964*). Создавая мандалы, мы творим наше личное жизненное пространство, то пространство, в котором чувствуем себя защищенными и которое служит концентрации нашей психической энергии. Спонтанная изобразительная деятельность, направленная на заполнение пространства в круге разными цветами и формами, может сопровождаться исцеляющими эффектами и расширением системы самосознания, а также вести к личностному росту (*Fincher, 1991*).

Нарисованная пациенткой мандала (рис. 1) соответствует шестой стадии большого круга мандалы (Kellogg, 1978) и символизирует «я» и тень,

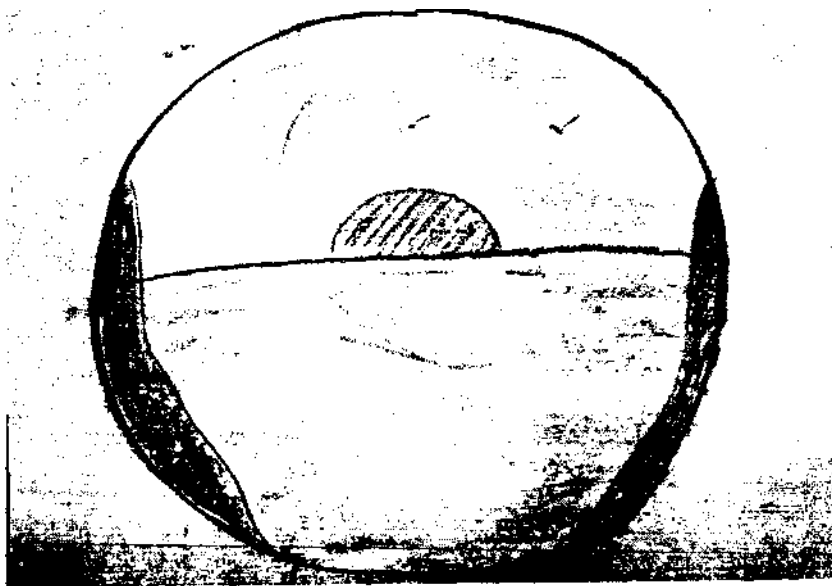


Рис. 1. «Восхол...»

расщепление Эго, борьбу противоположностей, внутриличностный конфликт.

Мандалы этой стадии часто напоминают пейзаж, на котором имеется линия горизонта, делящая рисунок на две половины, подобно трещине, которая разделяет мир у Кастанеды. Это разделение предшествует восходу солнца или появлению нового «Я». Прежде чем это произойдет, следует ожидать усиления борьбы противоположностей. Не зря эту стадию часто метафорически называют «единоборство с драконом». О борьбе также свидетельствует сочетание синего и красного цветов (Kellogg, 1986). «Космический герой вступает в поединок с драконом, для того чтобы обрести независимость. Он побеждает дракона, воплощающего собой архетип Великой Матери, тем самым освобождая себя и свое сознание от ее доминирования» (там же).

Рисунок был выполнен на достаточно высоком уровне художественной экспрессии, в нем присутствуют теплые тона, что, по мнению терапевта, служит благоприятным прогностическим признаком, свидетельствуя о сохранности внутреннего ресурса автора. Наличие желтого цвета говорит о позитивном отношении к ведущему группы.

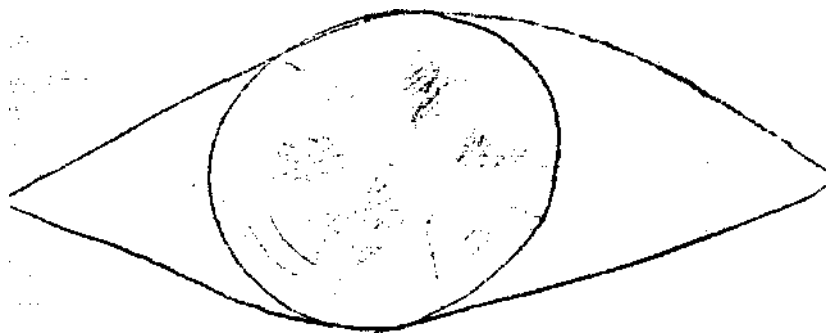


Рис. 2. «Взгляд на...»

Следующий образ (рис. 2) был создан на третьей сессии. «Взгляд на...», скорее всего, подразумевает: на жизнь. Этот рисунок имеет циркулярную форму и соответствует 11 стадии большого круга мандалы, которая называется «Фрагментация» (Kellogg, 1978). Не будем углубляться в интерпретацию значения этой стадии, гораздо более важным представляется размышление о цветовой гамме. Видно, что нарисован контур глаза, в котором отражаются обозначенные серым цветом и расположенные по кругу деревья, палатка и лавка. Рисунок выполнен несколько небрежно пастельными мелками серого и черного цветов.

По мнению J.Kellogg, серый цвет часто присутствует в мандалах наркоманов, употреблявших героин, и порой может указывать на переживание чувства вины (Kellogg, 2002). Обилие серого цвета в рисунке может говорить об утрате способности испытывать радость и получать удовольствия, свидетельствуя об апатии. Он также может быть индикатором «эмоциональной слепоты» и неспособности видеть перспективу жизни.

Рисунок на тему «Мое прошлое, настоящее, будущее» (рис. 3) был создан на шестом занятии. Из комментариев пациентки стало ясно, что фрагмент черного цвета, расположенный слева, символизирует прошлое, средний – настоящее, не закрашенный фрагмент символизирует будущее.

Не представляет никакого затруднения заключить, что жизнь, что называется, «дала трещину и раскололась». Настоящее, хотя и изображено с использованием цветных мелков, но все же имеет не закрашенное пространство, а цветовая гамма сверху слегка затушевана длинными штрихами черного цвета. Будущее ограничивается лишь контуром, как видно, не представляя для пациентки никакого интереса.

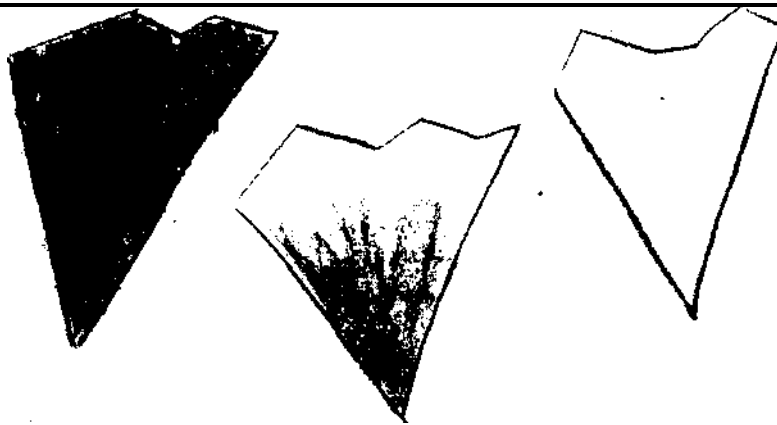


Рис. 3. «Мое прошлое, настоящее, будущее»

Следующие два рисунка были выполнены в течение одной сессии в середине арт-терапевтического процесса на 14-ом занятии. Первый получил название «*Пирамида*», второй – «*Коридор*». На это занятие пациентка пришла, изменив свой внешний вид: она надела новый свитер, сменив джемпер с нашивкой «*Virus.com*», в котором ходила с самого первого занятия, сделала стрижку и покрасила волосы. Все участники группы были приятно удивлены и высказали одобрение в адрес З.

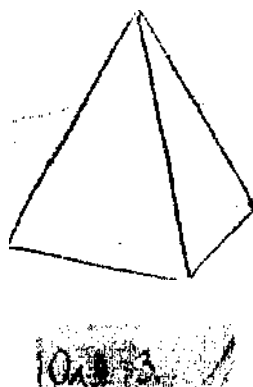


Рис. 4. «Пирамида»

Пирамида, стоящая на плоскости, и шар в свободно подвешенном состоянии могут являться отражением психотерапевтического процесса. Плоскость – психотерапевтическое пространство, пирамида – пациент, шар – психотерапевт. Хотя, с другой стороны, шар может символизировать Эго пациента или взгляд на себя со стороны. Пирамида, стоящая на круглой плоскости, кому-то может показаться фигурой статичной, но, по мнению J.Kellog (*op.cit.*, 2002), треугольник в центре мандалы указывает на движение.

Если треугольник направлен вершиной вверх, то это признак активности и

стремления защитить свои интересы.

На следующем рисунке (см. рис. 5) мы видим уходящий в небо коридор с прозрачными стенами и полом. Двери как таковой нет, вместо нее нарисована решетка. Коридор может являться отражением архетипа Великого Пути, что связано с перерождением, трансформацией. Небо ассоциировалось у пациентки со свободой и легкостью. Но как попасть на свободу, и кто поставил преграду? Эти вопросы ввели пациентку в заблуждение.

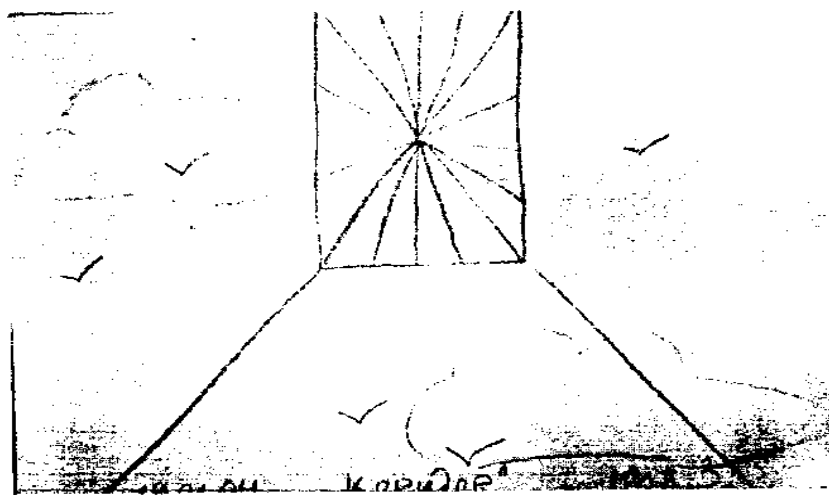
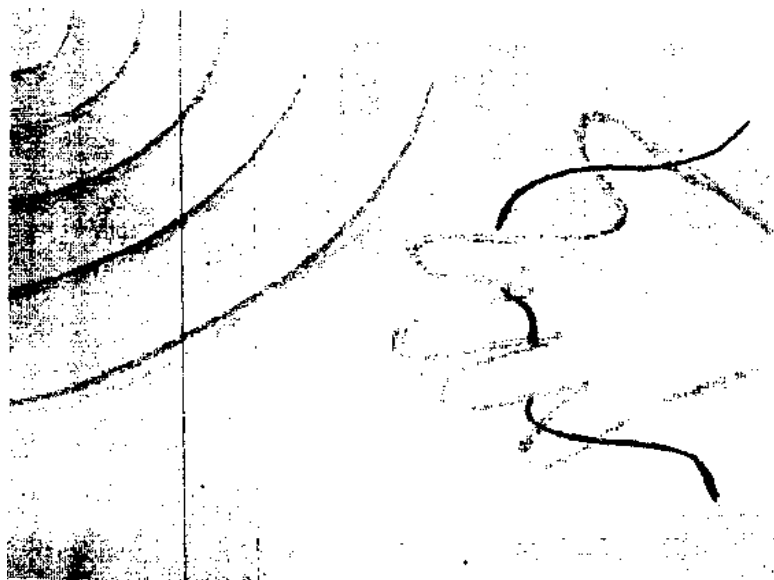


Рис. 5. «Коридор»

Рисунок под номером 6 был выполнен на 17-й сессии. В начале занятия участники группы подняли тему общения между людьми. З. мелком обвела левую кисть, затем нарисовала дугообразные линии в левой верхней части рисунка и в заключение «продела» меж пальцами красную нить. Обсуждая этот рисунок на индивидуальной консультации, пациентка пришла к выводу, что все трудности, которые она испытывает в общении, связаны с одним обстоятельством: через всю ее настоящую жизнь «красной нитью» проходит мысль о том, что она – ВИЧ-инфицирована, о чем не решается сказать матери, из-за чего, в свою очередь, испытывает чувство вины и ощущает себя изгоем.

Одна из техник, используемых в группе, – работа со сновидениями. На одном из последних занятий З. сообщила, что ей приснился необычный сон, в котором она оказывается в здании, в темной неубранной комнате,



где находиться неприятно. Здесь она отметила, что данный сюжет снился ей и ранее, необычность же этого сна заключалась в том, что в следующую минуту она очутилась в том же здании, но комната была чистой и убранной, и находиться там стало приятно. Пациентке было предложено нарисовать ее сновидение (см. рис. 7).

Рис. 6. «Красная нить».



Рис. 7.

3. впервые использовала гуашь, все предыдущие работы были выполнены пастельными мелками. Выбор преимущественно плотных материалов позволял пациентке лучше контролировать изобразительный процесс. Можно предположить, что такой контроль выполнял защитную функцию, помогая ей дистанцироваться от сложных и неприятных ситуаций и переживаний, а также позволял более четко обозначать личные границы. Тенденция к выбору твердых материалов характерна для лиц с высоким самоконтролем, испытывающих страх перед тем, чтобы раскрыть свои переживания в группе.

Обращая внимание на рисунок, можно заметить, что темная комната не производит впечатления не убранной. К тому же, приоткрытая дверь символизирует возможность и готовность выйти из темноты. Скорее всего, «темная комната» служит все тем же архетипическим символом трансформации и перерождения, что и коридор в ранее представленном рисунке, о чем свидетельствует и появление в том же сне другой, чистой и светлой комнаты.

Спустя месяц после окончания группы пациентка стала помогать в работе своей матери, выполняя вместо нее необходимые расчеты, а затем заняла освободившееся рабочее место на производстве, которым владела ее мать. В настоящее время 3. продолжает работать и проходит индивидуальную психотерапию.

Приведенная серия рисунков отражает динамику изменений состояния пациентки в процессе групповой арт-терапии в рамках психодинамического подхода, и свидетельствует о том, что применение этого метода к больным с пролонгированной реакцией на тяжелый стресс и нарушением адаптации вполне оправдано и в комплексе с другими психореабилитационными мероприятиями дает хорошие результаты.

Таким образом, включение арт-терапии в комплекс реабилитационных мер повышает их эффективность, о чем свидетельствует достоверное улучшение субъективных оценок качества жизни и социального функционирования пациентов, а также более устойчивая редукция выраженности психопатологической симптоматики.

При реабилитации больных с пограничными психическими расстройствами показаниями для арт-терапии служат невротические состояния тревожно-фобического и соматоформного круга, а также пролонгированные реакции расстройства адаптации.

В условиях реабилитационного центра – учреждения, оказывающего психиатрическую помощь, наиболее оправдана групповая форма арт-терапии с использованием тематического подхода. Методики арт-терапии следует дифференцировать с учетом глубины, формы, качественной специфики дезадаптации и личностных особенностей больных.

ЛИТЕРАТУРА

- Бурно М.Е.* Терапия творческим самовыражением. – М., 1989. 302 с.
- Гурович И.Я., Шмуклер А.Б.* Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // «Социальная и клиническая психиатрия», 1998, № 2. С.35-40.
- Дмитриева Т.Е., Тихоненко В.А.* Концепция реабилитации в пограничной психиатрии // «Психосоциальная реабилитация и качество жизни» / Сборник научных трудов, Т.137. – СПб: Санкт-Петербургский НИ психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева, 2001. С.174-180.
- Копытин А.И.* Теория и практика арт-терапии. СПб, 2002.
- Келлог Дж.* Диагностика в арт-терапии. Метод «Мандала». Под ред. А.И.Копытина, СПб, 2002, Речь.
- Хайкин Р.Б.* Художественное творчество глазами врача. СПб., «Наука», 1992.
- Fincher S.* Creating Mandalas. Boston, MA: Shambhala Publications, 1991.
- Jung C.* Mandala Symbolism. Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1973.
- Jung C., von Franz M.* Man and his Symbols. New York, J.G.Ferguson, 1964.
- Kellogg J.* Mandala. Path of Beauty. Mandala Assessment and Research institute, Baltimore, Maryland, 1978.
- Kellogg J.* Color Theory from the Perspective of the Great-Round of Mandala. Presented at Color. Panel American Art Therapy Conference. Los Angeles, California. November 15, 1986.
- Liebman M.* Art Therapy for Groups // London, 1987.
- Lund Ch., Ormerod E.* Art group psychotherapy in a psychiatric day unit // Brit. J. Psychiat., 1986, v.149, p.512-515.
- Moloy F.* Art Therapy and Psychiatric Rehabilitation: Harmonious Partnership or Philosophical Collision? 1984. Inscape, Summer.
- Paluba M.* Therapeutic, Human and Social Role of the Art-Therapy // «Архив психиатрии», 2001, № 3 (26). С.119-122.