

На правах рукописи

КОПЫТИН

Александр Иванович

**СИСТЕМНАЯ АРТ-ТЕРАПИЯ: ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ,
МЕТОДОЛОГИЯ ПРИМЕНЕНИЯ, ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ
И ДЕСТИГМАТИЗИРУЮЩИЕ ЭФФЕКТЫ**

Специальность 19.00.04 – медицинская психология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Санкт-Петербург

2010

Работа выполнена в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева

Научный консультант: доктор медицинских наук, профессор
Аббков Валентин Анатольевич

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор,
заслуженный деятель науки РФ
Кабанов Модест Михайлович,
доктор медицинских наук, профессор
Бурно Марк Евгеньевич,
доктор медицинских наук, профессор
Кулаков Сергей Александрович

Ведущая организация: Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Защита состоится 22 апреля 2010 года в 10 часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 208.093.01 при Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института

Автореферат разослан 15 марта 2010 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

Чехлатый Евгений Иванович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. В последние годы в психиатрических учреждениях разных стран все более активно применяется такой инновационный здоровьесберегающий подход, как *психотерапия искусством (expressive arts therapies)*. Согласно международной классификации (European Consortium for Arts Therapies Education, 1999, 2002, 2005), психотерапия искусством представлена четырьмя модальностями: *арт-терапией* (психотерапией посредством изобразительного творчества), *драматерапией* (психотерапией посредством сценической игры), *танцевально-двигательной терапией* (психотерапией посредством движения и танца) и *музыкальной терапией* (психотерапией посредством звуков и музыки). Арт-терапия рассматривается как совокупность методов психологического либо психофизического воздействия с помощью изобразительной деятельности на пациентов с разной психической и соматической патологией с целью их лечения, профилактики и реабилитации (Бурно М. Е., 1989; Хайкин Р. Б., 1992; Карвасарский Б. Д., 2000; Никольская И. М., 2005; Гнездилов А.В., 2007; British Association of Art Therapists, 1989, 1994; American Art Therapy Association, 1998; European Consortium for Arts Therapies Education, 1999, 2005).

При этом арт-терапия нередко продолжает восприниматься как набор преимущественно эмпирических приемов, «психотерапия второго сорта», либо как «альтернативный метод лечения» (Хаген Л., 2008). Взгляды на механизмы ее лечебного воздействия противоречивы, а целостная методологическая платформа для ее применения в психиатрических учреждениях отсутствует.

Ведущим подходом к арт-терапевтическим исследованиям за рубежом остается описание отдельных случаев или их серии. Количественные исследования на основе принципов доказательной медицины, связанные с изучением терапевтической эффективности различных вариантов индивидуальной и групповой арт-терапии, применяемой в лечении и реабилитации пациентов с разными психическими расстройствами, пока крайне редки.

Зарубежными арт-терапевтами был разработан ряд оригинальных графических тестов (Cohen F. W., Phelps R. E., 1985; Cohen B., Hammer J. S., Singer S., 1988; Gantt L., Tabone C., 1998; Silver R., 2002, 2005, 2007). Некоторые из них рекомендуются для использования в исследованиях, связанных с оценкой эффектов разных методов лечения, в частности, арт-терапии. Результаты их клинического применения противоречивы. Требуется значительная дополнительная работа по исследованию их надежности и валидности, а также рестандартизации, с учетом их использования в Российской Федерации.

В нашей стране выполнены единичные исследования, посвященные изучению лечебно-реабилитационных возможностей арт-терапии в психиатрических учреждениях (Ионов О. А., 2004; Хайкин Р.Б., 1992). Их объем и качество явно недостаточны. Несмотря на подтвержденное О. А. Ионовым (2004) улучшение качества жизни психически больных и устойчивую редукцию психопатологической симптоматики вследствие проведения с ними групповой арт-терапии в отделении восстановительного лечения, данное исследование оставляет без внимания многие эффекты и механизмы лечебно-реабилитационного воздействия, в том числе, проявляемые в амбулаторных условиях. Слабо изученными остаются механизмы лечебного и реабилитационного воздействия разных организационных форм и моделей арт-терапии при различных психических, в том числе, пограничных расстройствах, а также зависимость эффектов арт-терапевтических вмешательств от их сроков, условий применения и этапов лечебно-реабилитационного процесса.

В последние годы получает распространение экспозиционная практика, связанная с организацией выставок художественных работ психически больных людей и инвалидов. Зачастую такие выставки тесно связаны с решением задач реабилитации и призваны способствовать изменению отношения к душевнобольным и инвалидам, их дестигматизации. В то же время, эффекты воздействия их творческой продукции на аудиторию остаются не исследованными, концептуальные основы подобной выставочной деятельности – не проясненными, а ее этические аспекты – недостаточно урегулированными.

Цель исследования – теоретико-методологическое обоснование, клиническое и экспериментально-психологическое изучение лечебно-реабилитационных, психопрофилактических, дестигматизирующих и диагностических возможностей системной арт-терапии (САТ) в амбулаторной и стационарной психиатрической и психотерапевтической практике.

Задачи исследования:

1. Теоретическое обоснование САТ.
2. Разработка методологии и методики применения САТ при разных психических расстройствах.
3. Изучение лечебных и реабилитационных эффектов САТ в амбулаторных и стационарных условиях.
4. Исследование лечебно-реабилитационных и психопрофилактических эффектов САТ у больных с психозами, пограничными психическими расстройствами и наркозависимостью.
5. Изучение дестигматизирующих эффектов выставок художественных работ душевнобольных.
6. Межкультурная адаптация (рестандартизация, проверка надежности и валидности) рисуночного теста Сильвер (РТС) и изучение его диагностических возможностей.

Научная новизна. Разработана модель САТ, имеющая в своей теоретической основе оригинальные положения и признаки. Она является системой психологических, психофизических и психосоциальных лечебно-реабилитационных воздействий транстеоретического уровня и включает методики индивидуальной и групповой терапии. Разработаны процессуальные и технологические аспекты ее применения у пациентов с разными психическими расстройствами. Показаны принципиальные отличия САТ от существующих в современной лечебной и реабилитационной практике психиатрии форм и моделей арт-терапии.

Впервые на репрезентативном клиническом материале исследованы лечебно-реабилитационные эффекты применения САТ в условиях различных струк-

турных подразделений системы психиатрического и психотерапевтического обслуживания – психоневрологического диспансера и психотерапевтических отделений – а также специализированных учреждений для реабилитации наркозависимых. Показана высокая терапевтическая эффективность САТ, проявленная в комплексном положительном влиянии на симптоматический статус, личностные характеристики, систему отношений пациентов, их социальную и творческую активность и качество жизни. Изучены особенности проявления ведущих факторов лечебно-реабилитационного воздействия САТ на пациентов с разными психическими расстройствами и при разных условиях проведения занятий.

Впервые в отечественной практике исследованы особенности восприятия душевнобольных и их творчества посетителями выставок. Показана эффективность мероприятий по дестигматизации людей с проблемами психического здоровья, основанных на организации интерактивных выставок.

Проведена межкультурная адаптация РТС. Определены возрастные нормы когнитивного развития. Исследованы надежность и валидность теста для оценки когнитивной и эмоциональной сфер личности и творческих способностей. Исследована возможность применения РТС для динамической оценки познавательных и творческих способностей, эмоционального состояния и отношения к себе у пациентов в процессе групповой арт-терапии.

Практическая значимость. Модель САТ, в сочетании с методическими разработками по проведению арт-терапевтических занятий и полученными данными об их терапевтической эффективности, может быть включена в систему психиатрического и психотерапевтического обслуживания для разных категорий психических расстройств, поскольку в сочетании с другими методами лечения она показывает эффективность, превышающую эффективность стандартных лечебных программ.

Организационно-методический подход к экспонированию художественных работ психически больных людей в целях преодоления их стигматизации находит применение в деятельности целого ряда лечебных учреждений и общественных организаций. Результаты проведенного исследования дестигматизи-

рующих эффектов интерактивных выставок открывают новую перспективу для пропаганды творческих достижений психически больных людей в обществе в целях оптимизации реабилитационной работы и повышения качества их жизни.

Проведенная межкультурная адаптация РТС подтверждает его высокую надежность и валидность в отношении оценки процессов познания, креативности и эмоциональных расстройств и служит основой для его внедрения в психологическую и медицинскую практику.

Результаты исследования могут быть использованы для дальнейшего совершенствования психиатрической, психотерапевтической и наркологической службы нашей страны, развития комплекса биопсихосоциальных воздействий при различных психических расстройствах в практике не только врачей-психотерапевтов и медицинских психологов, реализующих арт-терапевтический подход, но и неврологов, врачей общей практики, социальных работников и среднего медицинского персонала.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Теоретико-методологической основой применения арт-терапии в системе психиатрического и психотерапевтического обслуживания может служить модель САТ.

2. Использование в процессе САТ факторов художественной экспрессии, психотерапевтических и групповых отношений и вербальной обратной связи активизирует процессы терапевтических изменений и дает большие возможности для построения дифференцированных лечебно-реабилитационных программ, в зависимости от видов психических расстройств и условий применения метода.

3. Проведение САТ у пациентов с разными психическими расстройствами связано с процессуально-технологическими различиями. У пациентов с тяжелыми психическими расстройствами требуется ограничение интерактивности, общей нагрузки на сенсорные системы и сферы их психической деятельности (познавательную, эмоциональную, поведенческую). У пациентов с пограничными психическими расстройствами целесообразны интерактивные формы

групповых занятий САТ со слабо директивным или недирективным стилем их проведения, гибко меняющейся позицией психотерапевта и применением широкого репертуара психотерапевтических техник, дополняющих творческие виды деятельности.

4. САТ является достаточно эффективным видом лечебно-реабилитационного воздействия при ее использовании в амбулаторных и стационарных условиях у больных с разными психическими расстройствами.

5. Применение САТ у психически больных и наркозависимых способствует симптоматическому улучшению, оптимизации личностного и социального функционирования, более качественной ремиссии, росту субъективной удовлетворенности разными сферами жизни.

6. Интерактивные выставки художественных работ душевнобольных с активным взаимодействием зрительской аудитории с экспонируемыми произведениями способствуют эффекту дестигматизации.

7. РТС является достаточно надежным и валидным инструментом психодиагностики, оценивающим познавательные и творческие способности, а также эмоциональные нарушения (депрессия и агрессия).

Внедрение результатов исследования осуществлено в деятельность лечебно-реабилитационных и социальных учреждений Санкт-Петербурга, Новгорода, Волгограда: психоневрологических диспансеров Петроградского и Красногвардейского районов, реабилитационных отделений психиатрических больниц им. Скворцова-Степанова и св. Николая Чудотворца Санкт-Петербурга, отделения неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, реабилитационного центра для наркозависимых (п. Мельничный Ручей, Ленинградская область) общественной организации «Возвращение», культурно-оздоровительного клуба для наркозависимых и ВИЧ-инфицированных «Добрый мельник», центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями комитета по здравоохранению Ленинградской области, отделения динамической психиатрии и психосоматики Новгородской областной пси-

хиатрической больницы, психотерапевтического отделения госпиталя ветеранов войн г. Волгограда.

Апробация работы. Материалы диссертационного исследования докладывались на многочисленных межрегиональных и международных конференциях и конгрессах в России, Германии, Австрии, Франции, Великобритании, Люксембурге, Чехии, Латвии, Украине, в том числе, ежегодной конференции «Арт-терапия сегодня» (Санкт-Петербург, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2006, 2008, 2009), конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации (г. Париж, 2000), конференции Европейского консорциума арт-терапевтического образования (г. Люксембург, 2001), конференции «Травма и творчество» (г. Зальцбург, Австрия, 2002), конференции «Арт-терапия: возможности и перспективы» (г. Киев, 2004), конференции «Исцеляющий опыт творчества» (г. Гейдельберг, Германия, 2005), конференции «Общество, здоровье и социальное благополучие» (г. Рига, 2007), юбилейной научной сессии «Психоневрология в современном мире», XV конгрессе Всемирной ассоциации динамической психиатрии (г. Санкт-Петербург, 2007), конференции «Современная арт-терапия: теория и практика» (г. Резекне, Латвия, 2008), конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации (г. Прага, 2008), конференции «Арт-терапия: ситуация и перспективы» (г. Клайпеда, Литва, 2009).

Публикация результатов исследования. По теме диссертационного исследования опубликовано 63 работы, в том числе, семь монографий, четыре учебно-методических издания и восемь статей в журналах по перечню ВАК.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 298 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, главы с изложением материала и методов, шести глав с результатами собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы, содержащего 315 источников, из них 114 на русском и 201 на иностранных языках, приложения. Текст диссертации содержит 65 таблиц и 12 рисунков.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Настоящая работа является результатом многолетних (1995-2009 гг.) исследований лечебных и реабилитационных, дестигматизирующих, диагностических и психопрофилактических возможностей САТ, применявшейся на базе различных учреждений психиатрического и психотерапевтического обслуживания, специализированных центров по работе с наркозависимыми, а также в рамках проектов дестигматизирующей направленности. Ведущей организационной формой системных арт-терапевтических занятий выступала групповая арт-терапия, как наиболее экономичный вариант САТ.

Общий объем исследования составил 1464 человека (из них 862 человека обследованы при межкультурной адаптации РТС). 98 пациентов составили экспериментальную и контрольную группы для определения лечебно-реабилитационных эффектов САТ на базе психоневрологического диспансера; 202 человека составили экспериментальные и контрольные группы для определения лечебных эффектов САТ на базе психотерапевтических отделений; 52 человека вошли в экспериментальную и контрольную группы для определения влияния САТ на психический и социальный статус наркозависимых в ремиссии; 250 человек были обследованы для определения дестигматизирующих эффектов интерактивных выставок художественных работ душевнобольных.

На базе психоневрологического диспансера были обследованы 98 пациентов. Из них 53 человека составили экспериментальную и 45 человек – контрольную группы. Обе группы являлись смешанными по возрастному и половому признакам. В обеих группах преобладали пациенты с тяжелыми психическими заболеваниями – шизофренией, аффективными расстройствами и психическими нарушениями вследствие органического поражения головного мозга. Меньшую часть составляли пациенты с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ и расстройства-

ми личности. Экспериментальная и контрольная группы были рандомизированы по возрастному, половому и нозологическому составу.

Для оценки лечебно-реабилитационных эффектов у этих пациентов применялись следующие экспериментально-психологические методики: тест «самочувствие-активность-настроение» (САН) (Доскин В.А. и др., 1976), стандартизированный клинический личностный опросник (СКЛО) (Гильяшева И.Н., Собчик Л.Н., Федорова Т.И., 1984), тест реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина (Ханин Ю.Л., 1976) – а также разработанный автором опросник творческих увлечений (ОТУ) для количественной оценки имеющихся у пациентов творческих увлечений.

Исследование проводилось дважды – в начале и по окончании арт-терапевтической программы. Через год после завершения курса арт-терапии было проведено катамнестическое исследование с целью определения качества ремиссии.

Исследование лечебных эффектов САТ также осуществлялось на базе отделения неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева и психотерапевтического отделения госпиталя ветеранов войн г. Волгограда. В первом случае объем исследования составил 90 человек (55 человек составили экспериментальную и 35 – контрольную группу), во втором – 112 человек (62 человека вошли в экспериментальную группу и 50 человек – в контрольную группу).

Экспериментальные и контрольные группы в обоих случаях были смешанными по возрастному и половому признакам; в них входили больные с различными формами психических заболеваний. Среди пациентов отделения неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева преобладали лица с невротическими расстройствами. Отмечались единичные случаи расстройств личности, легких аффективных расстройств и непсихотических психических расстройств вследствие органического поражения головного мозга. Среди пациентов психотерапевтического отделения госпиталя ветеранов войн отмечалось некоторое

преобладание лиц с непсихотическими органическими психическими расстройствами (преимущественно в форме органического эмоционально лабильного расстройства, расстройств личности и поведения, обусловленных повреждением или дисфункцией головного мозга, органического тревожного расстройства), хотя также были лица с невротическими расстройствами. Среди пациентов данного отделения было меньше лиц с аффективными расстройствами.

В возрастном, половом и нозологическом плане экспериментальные и контрольные группы были рандомизированы. Пациенты контрольных групп участие в арт-терапевтических занятиях не принимали, но получали психотерапию и лечение в форме индивидуальной и групповой вербальной психотерапии.

При проведении исследования на базе отделения неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева использовались следующие методики: симптоматический опросник SCL-90 (Derogatis L. R. Et al., 1974), опросник депрессивных состояний (ОДС-2) (Беспалько И. Г. И др., 1980; Копытин А. И., 1990; Беспалько И. Г., 2004), РТС (Silver R., 2002), интегративный тест тревожности (ИТТ) (Петрова Н.Н., 2007); торонтская алекситимическая шкала (Ересько Д.Б., Исурина Г.Л., Карвасарский Б.Д. и др., 1994), тест самоактуализации личности (Бодалев А.А., Столин В. В., 2000).

При проведении исследования на базе психотерапевтического отделения госпиталя ветеранов войн использовались тесты: SCL-90 ОДС-2; РТС; ИТТ; тест САН; торонтская алекситимическая шкала, а также опросник качества жизни (ВОЗ КЖ-100) (Бурковский Г. В. И др., 1998).

Такое сочетание методов обеспечивало многомерность исследования, возможность измерения не только проявлений болезни в динамике, но и субъективного восприятия пациентами происходящих с ними изменений в биологическом, психологическом и социальном аспектах.

При изучении лечебных и реабилитационных эффектов САТ применяемой в работе с наркозависимыми, экспериментальная группа включала 27 человек, 15 мужчин и 12 женщин в возрасте от 24 до 32 лет (средний возраст 28 лет),

проходящих курс стационарной реабилитации на базе специализированного реабилитационного центра (РЦ) и в дальнейшем включившихся в деятельность амбулаторного культурно-оздоровительного клуба (КОК). 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 подавляющего числа имелась полинаркомания или героиновая зависимость.

Исследование участников экспериментальной группы проводилось дважды: первый раз – на начальном этапе арт-терапевтической работы в РЦ; второй раз – во время посещения клубных занятий. 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 психоактивных веществ соответствовали срокам наркопотребления у участников экспериментальной группы. Все они ранее в разном объеме получали ту или иную психологическую поддержку (индивидуальное консультирование или занятия в группе «анонимных наркоманов»). Участники контрольной группы обследовались однократно, с применением тех же методик, что и члены экспериментальной группы.

Использовались следующие методики: тест САН; шкала депрессии Бека (Beck A.T., 1961); ИТТ; тест для оценки пяти личностных характеристик «Большая пятерка» (БП) – экстраверсии, организованности, готовности к сотрудничеству, эмоциональной стабильности, личностных ресурсов (Тер Лаак Я., Бругман Г., 2003); ОТУ. Также осуществлялось оценка социального статуса в динамике (работа, семейные отношения, участие в общественной жизни и др.).

Для сравнения тестовых показателей в экспериментальной и контрольной группах в динамике во всех случаях в качестве статистической процедуры использовался Т-тест для зависимых переменных, а для сравнения достоверности

различий между показателями в экспериментальной и контрольной группах – критерий Манна-Уитни для независимых выборок.

При изучении дестигматизирующих эффектов интерактивных выставок художественных работ душевнобольных было опрошено 250 человек в возрасте от 20 до 50 лет. 120 человек отвечали на вопросы разработанной Всемирной психиатрической ассоциацией анкеты «Мифы и факты о больных шизофренией», предназначенной для оценки стигматизирующего отношения к больным шизофренией. 130 человек участвовали в специальной программе, включавшей посещение выставки, и отвечали на вопросы двух других анкет. Анкета «Мифы и факты о психически больных людях и их творчестве» была разработана на основе предыдущей, но дополнена рядом утверждений, позволяющих оценить отношение к художественным работам психически больных людей и их творческим возможностям. Анкета «Как я воспринимаю художественные работы людей с проблемами психического здоровья» позволяла дополнительно оценить особенности восприятия изобразительной продукции душевнобольных. Анкета «Мифы и факты о психически больных людях и их творчестве» использовалась дважды – до и после посещения выставки художественных работ душевнобольных.

С целью межкультурной адаптации РТС определение нормативных показателей когнитивного развития в разных возрастных группах проводилось на выборке из 702 детей и взрослых. При изучении способности РТС определять творческий потенциал были обследованы 25 человек в возрасте от 9 до 16 лет; при изучении способности РТС диагностировать эмоциональные нарушения были обследованы 27 делинквентных детей и подростков в возрасте от 10 до 14 лет, находящихся в психиатрической больнице пос. Дружноселье Ленинградской области; 97 взрослых пациентов, составивших экспериментальную и контрольную группы на базе психотерапевтического отделения госпиталя ветеранов войн, а также 30 здоровых лиц и 78 пациентов психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением (Санкт-Петербург).

Для исследования способности РТС определять творческие способности использовались набор тестов Ф. Вильямса (Туник Е.Е., 2003; Williams F.E., 1980) и образная батарея теста Е. Торренса (Туник Е.Е., 1998). При изучении способности РТС диагностировать эмоциональные нарушения у детей и подростков применялись вопросник для оценки агрессивности и враждебности Бассарки и шкала сниженного настроения-субдепрессии (ШСНС) (Рогов Е.И., 1996). При исследовании способности РТС диагностировать аффективные нарушения у взрослых в форме тревоги и депрессии применялся ИТТ, ОДС-2 и шкала Бека. Статистическая обработка данных проводилась путем корреляционного и факторного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты теоретического исследования

В результате теоретического исследования была разработана модель лечебно-реабилитационных арт-терапевтических воздействий при психических расстройствах – САТ. Она соответствует условиям организации психиатрической и психотерапевтической помощи в нашей стране, может включать другие виды лечения, базируется на системном и транстеоретическом подходах, биопсихосоциальной концепции развития психических расстройств, психологической концепции личности как системы отношений человека с окружающей средой, концепции творчества как особого вида деятельности, связанного с духовной сферой и механизмами адаптации (рис. 1).

Характерные для отечественной клинико-психологической традиции представления о личности как системе отношений человека с окружающей средой дополнены рядом положений, заимствованных из современных культурологических теорий. Это, прежде всего, касается тех из них, которые развивают антропологический подход к культуре и определяют ее как специфически человеческий способ деятельности, связанный с оперированием символически-знаковыми системами (деятельностный и семиотический подходы). Использование этих теорий позволяет связать представления о символической коммуни-

кации на разных этапах онтогенеза с представлениями о личности как субъекте, творце культуры и социальных отношений, учесть важную роль социальных отношений и культурной среды в этиопатогенезе психических расстройств.

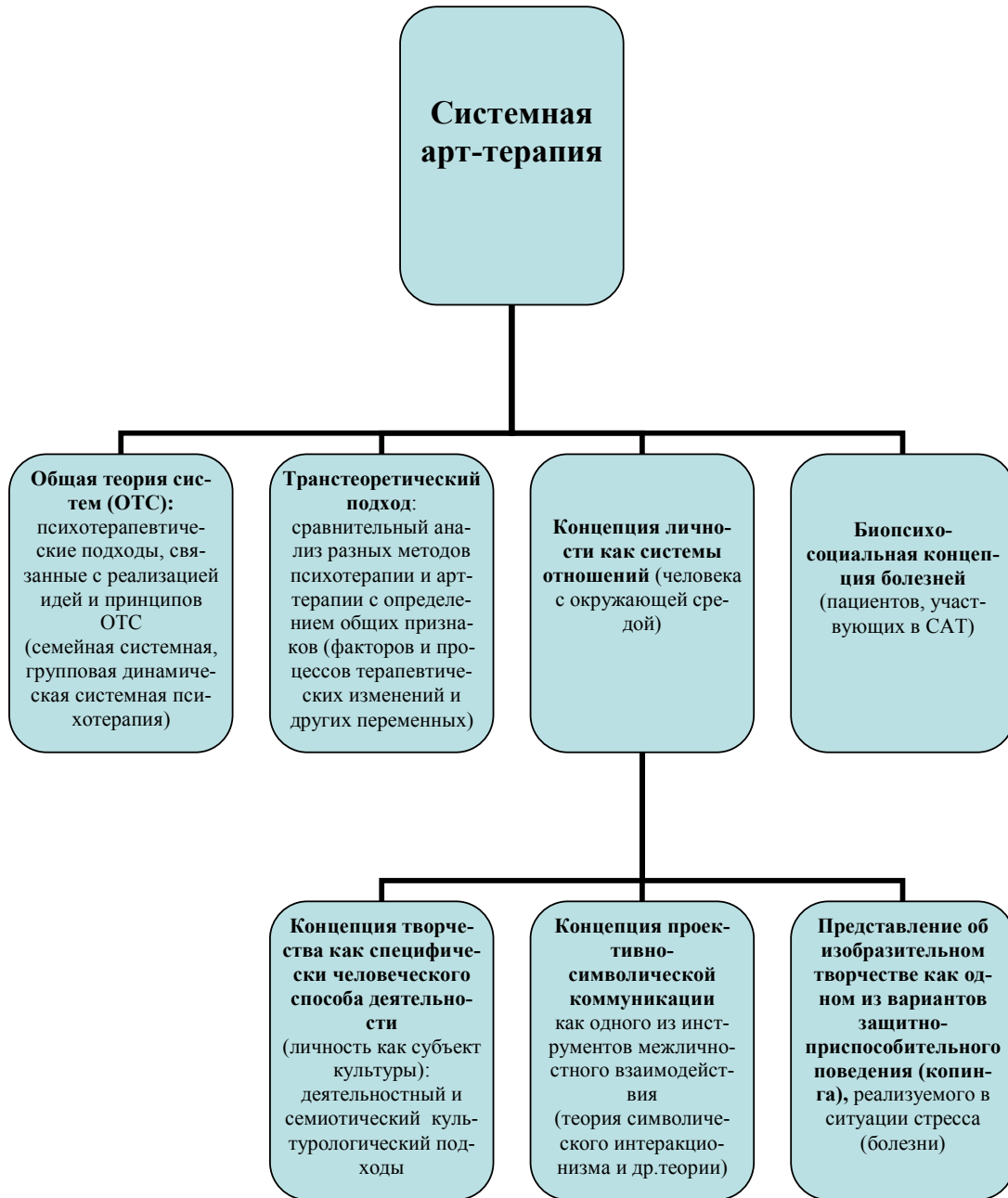


Рис. 1. Теоретико-методологические элементы САТ.

Отличие САТ от других систем психотерапии заключается в опоре на художественное творчество пациентов, что определяет преимущественно триадический характер транзактных конфигураций в процессе занятий. Отличие от других систем арт-терапии состоит в транстеоретичности, синхронизации с лечебно-реабилитационным процессом, синергичности арт-терапевтических воздействий с лекарственной терапией и иными видами лечения, точной разработке процессуально-технологических аспектов, применении техник, фокусированных на решение конкретных задач, связанных с этапами лечебно-реабилитационного процесса, групповой динамикой, стадиями процесса психотерапевтических изменений и видами психических расстройств.

САТ характеризуется относительно высоким уровнем интерактивности. В отличие от систем зарубежной групповой арт-терапии, САТ допускает использование не только визуально-пластических средств, но и повествований, средств музыкальной, танцевально-двигательной и драматически-ролевой экспрессии. При этом изобразительная деятельность выступает в качестве основополагающей. САТ может использоваться в индивидуальном и групповом вариантах, преимущественно в виде коротких курсов (4-8 недель), а также курсов средней и большой продолжительности.

На основе модели САТ создана методика индивидуальных и групповых занятий при различных психических расстройствах, предполагающая разное использование как наиболее общих факторов лечебно-реабилитационного воздействия арт-терапии (таких, как художественная экспрессия, психотерапевтические и групповые отношения и вербальная обратная связь), так и характерных для фактора художественной экспрессии терапевтических функций – коммуникации, фокусировки, стимуляции, организации, объективации, смыслообразования, экспрессии и катарсиса, а также отражения динамики изменений. Сопоставление САТ с основными системами групповой арт-терапии приводится в табл. 1.

Сопоставление САТ с основными системами групповой арт-терапии

САТ	Студийная арт-терапия (Killick K., Luzzatto P., McLagan D.)	Динамическая арт-терапия (McNeilly G., Waller D.)	Тематическая арт-терапия (Liebmann M., Thornton R., Wadson H.)
1	2	3	4
Транстеоретический подход	Гуманистический, психодинамический, холистический подходы	Психодинамический, группаналитический или интерперсональный подходы	Игровой, гештальт-терапевтический, поведенческий подходы
Используются в основном изобразительные средства, допускается применение иных средств творческого самовыражения	Используются исключительно изобразительные средства	Используются исключительно изобразительные средства	Используются исключительно изобразительные средства
Фокусировка на индивидуальных или групповых мишенях, связанных с этапами лечебно-реабилитационного процесса, уровнями и стадиями терапевтических изменений, групповой динамикой и нозологией	Фокусировка на индивидуальных или групповых мишенях отсутствует, раскрытие и проработки проблемных аспектов опыта клиента происходит спонтанно в процессе творчества	Фокусировка на индивидуальных или групповых мишенях, связанных с содержанием терапии, стадией и уровнем терапевтических изменений и групповой динамикой	Фокусировка на индивидуальных или групповых мишенях, связанных преимущественно с содержанием терапии
Работа имеет процессуально-ориентированный характер, синхронизирована с этапами лечебно-реабилитационного процесса в целом	Работа не имеет процессуально-ориентированного характера	Работа имеет процессуально-ориентированный характер, но не синхронизирована с этапами лечебно-реабилитационного процесса	Работа имеет частично процессуально-ориентированный характер, синхронизация с этапами лечебно-реабилитационного процесса незначительна или отсутствует
Применяются техники разных видов психотерапии	Какие-либо психотерапевтические техники, как правило, не применяются	Применяются техники, характерные для определенного подхода к групповой динамической психотерапии	Применяются техники, характерные для игровой и игровой семейной психотерапии, гештальт-терапии
Директивность ведущего варьируется, зависит от контингента больных, стадии и уровня терапевтических изменений	Ведущий недирективен	Ведущий преимущественно недирективен	Директивность ведущего, как правило, высокая
Сроки терапии преимущественно короткие; возможно применение в виде курсов большей продолжительности	Сроки терапии преимущественно длительные	Сроки терапии преимущественно средние или длительные	Сроки терапии преимущественно короткие

Таблица 1 (продолжение)

1	2	3	4
Групповые дискуссии и вербальная обратная связь играют важную роль	Групповые дискуссии и вербальная обратная связь представлены в минимальной степени	Групповые дискуссии и вербальная обратная связь играют важную роль	Групповые дискуссии и вербальная обратная связь играют важную роль
Синергия с лекарственной терапией и иными терапевтическими воздействиями	Синергия с лекарственной терапией и иными терапевтическими воздействиями отсутствует или минимальна	Синергия с лекарственной терапией и иными терапевтическими воздействиями отсутствует или минимальна	Синергия с лекарственной терапией и иными терапевтическими воздействиями незначительна
Ведущий должен иметь не только достаточную арт-терапевтическую подготовку, но и подготовку в области клинической психиатрии и психотерапии, в том числе, групповой психотерапии	Ведущий обычно имеет достаточную художественную и арт-терапевтическую подготовку; подготовка в области клинической психиатрии и психотерапии, как правило, минимальна или отсутствует	Ведущий обычно имеет достаточную подготовку в области арт-терапии и групповой психодинамической психотерапии; подготовка в области клинической психиатрии, как правило, минимальна или отсутствует	Ведущий обычно имеет достаточную арт-терапевтическую подготовку, возможна дополнительная подготовка по психотерапии; подготовка в области клинической психиатрии, как правило, минимальна или отсутствует
Целенаправленно активизируются различные процессы терапевтических изменений	Процессы терапевтических изменений проявляются спонтанно или при незначительном стимулирующем воздействии со стороны ведущего	Процессы терапевтических изменений проявляются как спонтанно, так и при определенном стимулирующем воздействии со стороны ведущего	Процессы терапевтических изменений проявляются как спонтанно, так и при определенном стимулирующем воздействии со стороны ведущего
Применяется в лечении и реабилитации пациентов с различными психическими расстройствами, включая эндогенные и экзогенные расстройства, неврозы, расстройства личности, аддикции	Применяется в лечении и реабилитации психически больных, преимущественно у пациентов с острыми и хроническими психическими расстройствами, в том числе, с выраженным дефектом	Применяется в лечении и реабилитации психически больных, преимущественно у пациентов с неврозами, расстройствами личности, аффективными расстройствами, аддикциями	Может применяться в лечении и реабилитации психически больных, у пациентов с различными психическими расстройствами

На основе методики индивидуальных и групповых вариантов САТ уточнены ее процессуальные и технологические особенности, связанные с определением общего плана, организационной формы арт-терапии, структуры занятий, стиля их проведения и нагрузки на разные сферы личностного функционирования пациентов, направленности и активности коммуникативных процессов, выбором конкретных арт-терапевтических техник и приемов, регулированием направленности внимания пациентов, уровня психической динамики и средств

арт-терапевтической экспрессии. Процессуальные и технологические особенности САТ у пациентов с разными психическими расстройствами конкретизируются в табл. 2 и 3.

Таблица 2

Процессуальные и технологические особенности применения САТ
у пациентов с ППР и аддикциями

Процессуальные и технологические критерии	Неврозы и расстройства личности	Органические психические расстройства (F06.4, F06.6, F06.7)	Аддикции (включая алкоголизм и наркоманию)
1	2	4	5
Организационная форма	Индивидуальная или групповая формы с предпочтением интерактивных вариантов групповой арт-терапии с постепенным наращиванием интерактивности синхронно с общим планом лечения	Индивидуальная или групповая формы с предпочтением интерактивных вариантов групповой арт-терапии с постепенным наращиванием интерактивности синхронно с общим планом лечения	Индивидуальная или групповая формы с предпочтением интерактивных вариантов групповой арт-терапии с постепенным наращиванием интерактивности синхронно с общим планом лечения
Стиль ведения занятий	Может варьироваться от мягко директивного до недирективного, в зависимости от этапа терапевтических изменений, групповой динамики и индивидуальных особенностей пациентов	Может варьироваться от директивного до недирективного, в зависимости от этапа терапевтических изменений, групповой динамики и индивидуальных особенностей пациентов. Возможна синхронизация с общим планом лечения и реабилитации	Может варьироваться от директивного до недирективного, в зависимости от этапа терапевтических изменений, групповой динамики и индивидуальных особенностей пациентов. Возможна синхронизация с общим планом лечения и реабилитации
Позиция психотерапевта	Может варьироваться от поддерживающей до фрустрирующей, в зависимости от этапа терапевтических изменений, групповой динамики и индивидуальных особенностей пациентов	Преимущественно поддерживающая с осторожным фрустрированием, в зависимости от этапа терапевтических изменений, групповой динамики и индивидуальных особенностей пациентов	Может варьироваться от поддерживающей до фрустрирующей, в зависимости от этапа терапевтических изменений, групповой динамики и индивидуальных особенностей пациентов. Возможна синхронизация с общим планом лечения и реабилитации
Общая нагрузка	Преимущественно умеренная или высокая, с постепенным наращиванием синхронно с общим планом лечения	Преимущественно умеренная, с постепенным наращиванием синхронно с общим планом лечения	Преимущественно умеренная или высокая, с постепенным наращиванием синхронно с общим планом лечения и реабилитации

Таблица 2 (продолжение)

1	2	3	4
Направленность и активность коммуникации	Поддержание оптимального баланса между внутриличностной и межличностной направленностью коммуникации, с постепенным наращиванием активности синхронно с общим планом лечения	Поддержание оптимального баланса между внутриличностной и межличностной направленностью коммуникации, с постепенным наращиванием активности синхронно с планом лечения	Поддержание оптимального баланса между внутриличностной и межличностной направленностью коммуникации, с постепенным наращиванием активности синхронно с общим планом лечения
Экспрессивные средства (художественные, движение и танец, музыка и голос, ролевая игра, повествования)	Преимущественно художественные средства, возможно постепенное включение элементов полимодальности синхронно с общим планом лечения, по мере развития инициативы пациентов, на рабочей стадии группового процесса	Преимущественно художественные средства, возможно постепенное и осторожное включение элементов полимодальности	Преимущественно художественные средства, возможно постепенное и осторожное включение элементов полимодальности
Уровни психической динамики	Могут затрагиваться разные уровни психической динамики, включая взрослый опыт, связанный с текущими и прошлыми социальными отношениями; а также ранний опыт	Преимущественно взрослый опыт, связанный с текущими и прошлыми социальными отношениями. В отдельных случаях возможная проработка раннего опыта	Могут затрагиваться разные уровни психической динамики, включая взрослый опыт, связанный с текущими и прошлыми социальными отношениями. В отдельных случаях возможная проработка раннего опыта
Роль индивидуальных и групповых интерпретаций	Высока	Относительно высока	Высока, нарастает синхронно с общим планом лечения и реабилитации
Применение психотерапевтических техник (в том числе, релаксации, направленного воображения, внушения, воздействующего резюме и др.)	Возможно применение разных психотерапевтических техник синхронно с общим планом лечения и реабилитации и с учетом индивидуальных особенностей пациентов	Возможно применение некоторых психотерапевтических техник синхронно с общим планом лечения и реабилитации и с учетом индивидуальных особенностей пациентов	Возможно применение разных психотерапевтических техник синхронно с общим планом лечения и реабилитации и с учетом индивидуальных особенностей пациентов

Процессуальные и технологические особенности применения САТ
у пациентов с эндогенными психозами

Процессуальные и технологические критерии	Шизофрения (с незначительно выраженным дефектом), шизотипические и бредовые расстройства	Шизофрения с умеренным или выраженным дефектом	Аффективные расстройства
1	2	3	4
Организационная форма	Индивидуальная или групповая формы, включая студийный и интерактивные варианты групповой арт-терапии с постепенным наращиванием интерактивности синхронно с общим планом лечения и реабилитации	Индивидуальная или групповая формы, включая студийный и низкоинтерактивные варианты групповой арт-терапии с жестким регулированием динамики	Индивидуальная или групповая формы, включая студийный и интерактивные варианты групповой арт-терапии с постепенным наращиванием интерактивности синхронно с общим планом лечения и реабилитации
Стиль ведения занятий	Преимущественно директивный, но с возможностью ее постепенного снижения по мере развития инициативы пациентов	Преимущественно директивный	Преимущественно директивный, но с возможностью ее постепенного снижения по мере развития инициативы пациентов
Позиция психотерапевта	Преимущественно поддерживающая	Исключительно поддерживающая	Преимущественно поддерживающая
Общая нагрузка	Низкая или умеренная, с постепенным наращиванием интерактивности синхронно с общим планом лечения и реабилитации	Преимущественно низкая	Низкая или умеренная, с постепенным наращиванием интерактивности синхронно с общим планом лечения и реабилитации
Направленность и активность коммуникации	Преимущественно внутриличностная, с постепенным усилением межличностной	Преимущественно внутриличностная	Поддержание оптимального баланса между внутриличностной и межличностной направленностью коммуникации, с постепенным наращиванием активности синхронно с общим планом лечения и реабилитации
Экспрессивные средства (художественные, движение и танец, музыка и голос, ролевая игра, повествования)	Преимущественно художественные средства, возможно постепенное включение элементов полимодальности синхронно с общим планом лечения и реабилитации	Преимущественно художественные средства	Преимущественно художественные средства, возможно постепенное включение элементов полимодальности синхронно с общим планом лечения и реабилитации

Таблица 3 (продолжение)

1	2	3	4
Уровни психической динамики	Преимущественно взрослый опыт, связанный с текущими и прошлыми социальными отношениями; в отдельных случаях возможна проработка раннего опыта	Преимущественно взрослый опыт, связанный с текущими социальными отношениями	Преимущественно взрослый опыт, связанный с текущими и прошлыми социальными отношениями; в отдельных случаях возможна проработка раннего опыта
Роль индивидуальных и групповых интерпретаций	Ограничена, с незначительным усилением синхронно с общим планом лечения и реабилитации	Ограничена	Ограничена, с постепенным усилением синхронно с общим планом лечения и реабилитации
Применение психотерапевтических техник (в том числе, релаксации, направленного воображения, внушения, воздействующего резюме и др.)	Возможно применение отдельных техник синхронно с общим планом лечения и реабилитации	Ограничено	Возможно применение отдельных техник синхронно с общим планом лечения и реабилитации

Как видно из табл. 2 и 3, для разных психических расстройств характерно значительное сходство процессуальных и технологических характеристик. Так, весьма похожие характеристики можно отметить в группах пациентов с невротическими расстройствами, расстройствами личности, некоторыми органическими психическими расстройствами (F06.4, F06.6, F06.7) и аддикциями. Это позволяет считать возможным формирование арт-терапевтических групп с разным нозологическим составом. В то же время, больные должны отвечать общим критериям отбора, каковыми являются общий уровень социально-психологической дезадаптации, наличие эмоционально-волевых, познавательных и коммуникативных ресурсов.

Общий план арт-терапевтической работы в рамках САТ был подчинен цели и задачам лечебно-реабилитационного процесса, которые варьировались в зависимости от контингента больных, их текущего состояния, организационных условий, стадии терапевтических изменений и других факторов. При этом были разработаны дифференцированные арт-терапевтические программы, состоявшие из нескольких блоков, рассчитанных на решение разных задач на ос-

нове преемственности общего плана работы. Программы, применяемые в условиях психотерапевтического отделения, а также дневного стационара психоневрологического диспансера, с учетом ограниченности сроков лечения, состояли из двух последовательных блоков.

В рамках первого блока воздействие было направлено главным образом на симптоматический уровень и решение тактических задач: эмоциональную стабилизацию и организацию поведения, повышение мотивации больных к психологической работе и получению лечебных процедур, адаптацию к условиям учреждения. В рамках второго блока приоритетными становились задачи личностной реконструкции, связанные с коррекцией неадекватных эмоциональных, когнитивных и поведенческих стереотипов, раскрытием и преодолением внутриличностного конфликта, развитием более адаптивных моделей поведения. При успешном решении данных задач и при условии пролонгирования арт-терапевтической программы (например, при ее использовании на базе культурно-оздоровительного клуба для наркозависимых в ремиссии), выдвигались задачи поддержки и генерализации терапевтических изменений, развития комплекса жизненных навыков, достижения устойчивой психосоциальной адаптации и повышения качества жизни.

Перечень задач, решаемых в рамках каждого блока арт-терапевтической программы, определялся нозологическими и личностными особенностями пациентов, а также их симптоматическим статусом. Задачи симптоматического и личностного уровней постепенно сменяли друг друга, в зависимости от продвижения пациентов с одного лечебно-реабилитационного этапа на другой. Наличие программ не исключало изменения содержания отдельных занятий, с учетом текущих потребностей и состояния больных.

Общая логика построения программ заключалась в постепенном, учитывающем исходные возможности участников занятий и динамику группового процесса, усложнении видов деятельности с повышением нагрузки на различные сферы их личностного функционирования. Возрастание нагрузки рассматривалось в качестве одного из факторов, стимулирующих личностное саморас-

крытие больных, развитие у них разных жизненных навыков, а также проявление терапевтического потенциала группы.

Основной организационной формой САТ выступала интерактивная арт-терапевтическая группа. Во время ее проведения больные не только занимаются какой-либо творческой деятельностью, но и в определенные моменты времени представляют друг другу и комментируют созданную ими творческую продукцию, вовлекаются в групповые дискуссии. Кроме того, в процессе занятий интерактивной группы могли применяться различные виды совместной творческой работы, например, создание группового рисунка или групповой фрески.

Степень интерактивности регулировалась ведущим занятий. В некоторых случаях, в силу более выраженных ограничений коммуникативных возможностей пациентов или особенностей их эмоционально-волевой сферы, большую часть времени интерактивность была незначительна. Важной процессуально-технологической характеристикой САТ являлась структура арт-терапевтических занятий и их продолжительность. В большинстве случаев занятия имели трехчастную структуру и включали:

1. вводную часть, предполагающую оценку состояния и запросов участников занятия на текущий момент времени, их «разогрев» и настрой на работу;
2. основную часть, связанную с выбором вида деятельности и темы, индивидуальной или совместной творческой работой с использованием определенных изобразительных материалов, завершающуюся обсуждением произведений;
3. заключительную часть, связанную с подведением итогов занятия и, в некоторых случаях, определением плана последующей работы или формулировкой «домашних заданий».

В некоторых случаях структура занятий была более сложной. Например, основная часть могла предполагать смену видов деятельности, что было связано не только с используемыми материалами, но и модальностями творческого самовыражения (изобразительная деятельность, движение и танец, работа с повествованиями и др.).

Результаты исследования лечебно-реабилитационных эффектов САТ в условиях психоневрологического диспансера

Оценка первичных данных экспериментально-психологического исследования больных экспериментальной и контрольной групп свидетельствует о тяжести клинических проявлений и личностной дезадаптации. Показатели исследования в обеих группах имеют значительное сходство. Особенности профиля СКЛЮ в обеих группах на начало эксперимента отражают разнородность их нозологического состава, относительно высокий уровень проявленности невротической и психотической симптоматики. При первичном обследовании участников обеих групп показатели ситуативной и личностной тревожности значительно превышали норму, а показатели самочувствия, активности и настроения были ниже нормальных показателей (5-5,5 баллов). Сравнение фоновых показателей в группах показало наличие минимальных различий.

Сравнение данных повторного исследования выявило достоверные различия между группами по целому ряду шкал СКЛЮ (депрессии, психопатии, паранойи, психастении, шизофрении и социальной интроверсии) с более благоприятными показателями в экспериментальной группе. Достоверно более низкими в экспериментальной группе также являлись показатели личностной тревожности.

Значимые различия между группами были также связаны с таким параметром оценки, как творческая увлеченность. Сравнение показателей творческой увлеченности (ОТУ) в экспериментальной группе через полтора месяца показало статистически значимые различия по обеим шкалам (при $P < 0,001$). При этом показатели в контрольной группе практически не изменились.

Пациенты экспериментальной и контрольной групп были также обследованы в катамнезе. Из 53 пациентов экспериментальной группы через год после завершения эксперимента состояние 21 человека (40 %) было охарактеризовано как хорошее; из них 15 человек (30 %) отметили улучшение работоспособности, отношений с окружающими и организации свободного времени. Состояние

22 человек (40 %) характеризовалось как удовлетворительное, а 10 человек (20 %) – как неудовлетворительное (неустойчивое).

Катамнестическое обследование пациентов контрольной группы показало меньшее, чем в экспериментальной группе, число тех, чье состояние было охарактеризовано, как хорошее (14 человек, 32 %) и удовлетворительное (16 человек, 36 %). В то же время, в этой группе оказалось несколько больше пациентов, чье состояние было охарактеризовано, как неудовлетворительное (14 человек, 32 %). Приведенные сравнительные данные следует рассматривать как тенденцию.

Примечательно, что среди пациентов с благоприятным катамнезом было значительно больше тех, кто регулярно и увлеченно занимался творческой деятельностью – самостоятельно, либо посещая какие-либо кружки. Это позволяет констатировать определенную связь между качеством ремиссии и вовлеченностью пациентов в разные виды творческой деятельности.

В результате наблюдений за участниками САТ определены различия терапевтических функций, связанных с фактором художественной экспрессии. Эти различия зависели от клинических и личностных особенностей пациентов, стадий психотерапевтических изменений и группового процесса.

Результаты исследования лечебных эффектов САТ в условиях психотерапевтического отделения

В результате проведенного исследования показана высокая терапевтическая эффективность САТ, проявленная в положительном влиянии на симптоматический статус, личностные характеристики и систему отношений пациентов, а также качество жизни. Несмотря на определенные различия нозологического, возрастного и полового состава групп в отделении неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева и психотерапевтическом отделении госпиталя ветеранов войн, участники экспериментальных групп обнаружили более выраженные положительные сдвиги в симптоматическом статусе, личностных характеристиках и когнитивном функционировании, 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-терапии (табл. 4 и 5). Так, сравнение данных экспериментально-психологического исследования в экспериментальной и контрольной группах после завершения САТ в отделении неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева свидетельствует о появлении достоверных различий между группами, отсутствовавших при сравнении фоновых данных (табл. 4).

Таблица 4

Сравнение показателей исследования в экспериментальной и контрольной группах после завершения САТ (Институт им. В.М. Бехтерева)

Тесты и шкалы	Экспериментальная группа М ± m	Контрольная группа М ± m
1	2	3
<i>SCL-90:</i>		
Соматизация	0,89 ± 0,11	0,93 ± 0,12
Обсессивность/компульсивность	0,89 ± 0,15	0,97 ± 0,15
Интерперсональная сенситивность	1,08 ± 0,13	1,29 ± 0,14*
Депрессия	1,15 ± 0,12	1,24 ± 0,11
Тревожность	1,09 ± 0,12	1,32 ± 0,13*
Враждебность	0,58 ± 0,09	0,72 ± 0,13*
Фобическая тревога	0,78 ± 0,12	1,29 ± 0,11*
Параноидное мышление	0,65 ± 0,11	0,72 ± 0,12
Психотизм	0,57 ± 0,08	0,56 ± 0,13
Дополнительные пункты	0,96 ± 0,12	0,91 ± 0,11
GSI	0,89 ± 0,09	0,88 ± 0,13
PSI	43,18 ± 3,43	41,46 ± 2,15
PDSI	1,69 ± 0,07	1,71 ± 0,16
<i>ОДС-2 (Т-показатели):</i>		
Шкала «норма-депрессия»	70,43 ± 2,39	68,46 ± 2,12
Шкала «эндогенная-невротическая депрессия»	48,95 ± 1,69	49,65 ± 1,75
<i>ИТТ-СТЛ (личностная тревожность):</i>		
ОБЩ	7,70 ± 0,23	7,81 ± 0,13
ЭД	7,70 ± 0,22	8,21 ± 0,19**
АСТ	7,30 ± 0,22	7,31 ± 0,16
ФОБ	6,73 ± 0,32	6,89 ± 0,21
ОП	7,57 ± 0,21	7,61 ± 0,21
СЗ	5,50 ± 0,45	5,72 ± 0,33
<i>ИТТ-СТС (ситуативная тревожность):</i>		
ОБЩ	4,40 ± 0,37	5,24 ± 0,21**
ЭД	4,12 ± 0,35	4,65 ± 0,17**
АСТ	4,75 ± 0,45	5,29 ± 0,17**
ФОБ	3,90 ± 0,43	4,36 ± 0,18**
ОП	5,13 ± 0,44	5,48 ± 0,18*
СЗ	3,25 ± 0,45	3,67 ± 0,24

Таблица 4 (продолжение)

1	2	3
<i>Торонтская шкала</i>	67,60 ± 1,73	63,35 ± 2,13**
<i>Тест самоактуализации личности:</i>		
Ориентация во времени	46,90 ± 1,11	45,89 ± 0,81
Поддержка	51,08 ± 1,89	50,17 ± 1,36
Ценностные ориентации	43,08 ± 1,78	40,83 ± 1,34
Гибкость поведения	50,65 ± 1,74	48,02 ± 1,44
Сенситивность	51,48 ± 1,56	50,63 ± 1,24
Спонтанность	52,65 ± 1,58	53,48 ± 1,24
Самоуважение	49,75 ± 1,52	53,37 ± 1,32**
Самопринятие	51,45 ± 1,89	49,46 ± 1,24
Представления о природе человека	50,63 ± 1,82	48,63 ± 1,29
Синергичность	57,80 ± 2,08	53,8 ± 1,44**
Принятие агрессии	49,15 ± 1,54	46,78 ± 1,52*
Контактность	53,53 ± 1,55	51,54 ± 1,45
Познавательные потребности	49,08 ± 1,57	47,71 ± 1,43
Креативность	50,15 ± 1,53	46,21 ± 1,54**
<i>Рисуночный тест Сильвер:</i>		
Шкала эмоционального содержания	4,03 ± 0,13	3,56 ± 0,25*
Шкала оценки образа «Я»	4,23 ± 0,12	3,76 ± 0,15*
Способность выбирать	3,78 ± 0,15	3,15 ± 0,13**
Способность комбинировать	3,93 ± 0,18	2,99 ± 0,18**
Способность представлять	3,30 ± 0,11	2,71 ± 0,15**
Общая оценка по когнитивным шкалам	11,06 ± 0,28	8,87 ± 0,35**

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 $P < 0,001$.

Сопоставление показателей SCL-90 с использованием критерия Манна-Уитни по окончании САТ выявило значимые различия между группами с более низкими уровнями интерперсональной сенситивности, тревожности, враждебности и фобической тревоги в экспериментальной группе. Сопоставление показателей ИТТ в двух группах также указывает на более низкий общий показатель ситуативной тревожности, а также более благоприятные показатели эмоционального дискомфорта астении, фобической тревоги, оценки перспектив и социальных защитных реакций (социофобий) в ИТТ-СТС и более низкий показатель эмоционального дискомфорта в ИТТ-СТЛ в экспериментальной группе, по сравнению с контролем.

Многие показатели личностных и когнитивных тестов через полтора месяца также оказались более благоприятны в экспериментальной группе. Это каса-

ется шкал самоуважения, синергичности, принятия агрессии и креативности, согласно тесту самоактуализации личности, а также ряда шкал РТС.

Наиболее выраженные различия при сравнении двух групп в госпитале ветеранов войн (табл. 5) касались показателей тревожности (согласно данным ИТТ), депрессии (согласно ОДС-2), субъективной оценки пациентами активности и настроения (согласно тесту САН), показателей алекситимии (согласно торопнтской шкале), а также когнитивных и эмоциональных показателей РТС. Эти симптоматические, личностные и когнитивные показатели в экспериментальной группе были более благоприятны, по сравнению с контролем.

Таблица 5

Сравнение показателей исследования в экспериментальной и контрольной группах после завершения САТ (госпиталь ветеранов войн)

Тесты и шкалы	Экспериментальная группа М ± m	Контрольная группа М ± m
1	2	3
<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

Таблица 5 (продолжение)

1	2	3
<i>Торонтская шкала</i>	63,32 ± 2,35	70,53 ± 2,53*
<i>Тест САИ:</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 САТ (табл. 6). Сравнение показателей ВОЗ КЖ-100 в обеих группах в динамике выявило достоверное повышение качества жизни по целому ряду сфер и субсфер в экспериментальной группе и менее значительное повышение – в контроле. Если в контрольной группе статистически значимое повышение показателей было отмечено лишь в субсфере сна и отдыха (F3), то в экспериментальной группе – в большинстве субсфер (F1, F2, F3, F4, F5, F8, F9, F10, F19 и F21), физической сфере (I), в уровне независимости (III), сфере окружающей среды (IV) и духовной сфере (VI), показателе общего качества жизни и состояния здоровья (G) и суммарной оценке, связанной со здоровьем и качеством жизни при отсутствии значимого повышения по этим критериям в контрольной группе.

После завершения САТ экспериментальная группа характеризовалась хорошим качеством жизни по всем сферам, за исключением психологической сферы, хотя при этом имела достаточно высокие оценки по четырем входящим в нее субсферам. Индекс G. в экспериментальной группе указывал на достижение хорошего качества жизни и состояния здоровья. В контрольной группе хо-

рошее качество жизни отмечено лишь в сфере социальных отношений. Во всех остальных сферах оно оставалось на среднем уровне.

Таблица 6

Изменение показателей ВОЗ КЖ-100 в экспериментальной и контрольной группах в динамике

Сферы и субсферы	Экспериментальная группа		Контрольная группа	
	Исходные показатели M ± m	Показатели в динамике M ± m	Исходные показатели M ± m	Показатели в динамике M ± m
Г. Общее качество жизни и состояние здоровья	12,0 ± 0,59	14,3 ± 0,51*	11,57 ± 0,98	11,86 ± 1,07
I. Физическая сфера	11,34 ± 0,50	14,4 ± 0,51*	10,52 ± 0,78	12,40 ± 0,86
F1. Физическая боль и дискомфорт	11,1 ± 0,44	13,8 ± 0,63*	10,71 ± 0,96	12,21 ± 1,09
F2. Жизненная активность, энергия и усталость	12,03 ± 0,51	14,43 ± 0,46*	11,0 ± 0,94	12,14 ± 0,92
F3. Сон и отдых	10,09 ± 0,86	14,2 ± 0,74*	9,86 ± 0,87	12,86 ± 0,93*
II. Психологическая сфера	12,69 ± 0,45	13,81 ± 0,47	12,67 ± 0,77	13,13 ± 0,81
F4. Положительные эмоции	12,0 ± 0,52	13,4 ± 0,43*	11,5 ± 0,90	11,93 ± 0,88
F5. Мышление, обучаемость, память и концентрация (познавательные функции)	12,8 ± 0,51	14,77 ± 0,39*	12,71 ± 0,92	12,5 ± 0,95
F6. Самооценка	13,23 ± 0,49	14,4 ± 0,52	13,64 ± 0,85	13,64 ± 0,91
F7. Образ тела и внешность	14,83 ± 0,63	16,17 ± 0,53	14,5 ± 0,64	15,5 ± 0,56
F8. Отрицательные эмоции	10,6 ± 0,69	14,2 ± 0,65*	11,0 ± 1,21	12,07 ± 1,29
III. Уровень независимости	13,79 ± 0,51	15,57 ± 0,47*	12,95 ± 0,95	13,54 ± 1,06
F9. Подвижность	15,13 ± 0,62	17,1 ± 0,59*	14,07 ± 1,07	14,12 ± 1,11
F10. Способность выполнять повседневные дела	13,27 ± 0,49	15,53 ± 0,54*	12,5 ± 1,05	13,71 ± 1,17
F11. Зависимость от лекарств и лечения	12,3 ± 0,64	13,53 ± 0,71	12,21 ± 0,81	12,93 ± 1,04
F12. Способность к работе	14,47 ± 0,73	16,1 ± 0,54	13,0 ± 1,33	13,36 ± 1,36
IV. Социальные отношения	14,52 ± 0,41	14,8 ± 0,41	14,38 ± 0,72	14,07 ± 0,57
F13. Личные отношения	14,63 ± 0,58	15,67 ± 0,47	14,07 ± 0,70	14,14 ± 0,79
F14. Практическая социальная поддержка	15,8 ± 0,37	15,63 ± 0,47	14,79 ± 0,96	14,21 ± 0,70
F15. Сексуальная активность	13,13 ± 0,71	13,1 ± 0,67	14,29 ± 0,77	13,86 ± 0,85
V. Окружающая среда	13,58 ± 0,32	14,62 ± 0,39*	12,59 ± 0,70	12,81 ± 0,69
F16. Физическая безопасность и защищенность	14,4 ± 0,54	15,5 ± 0,54	12,64 ± 0,88	12,43 ± 0,73
F17. Окружающая среда дома	15,2 ± 0,65	15,43 ± 0,73	13,43 ± 1,14	13,14 ± 0,84
F18. Финансовые ресурсы	11,43 ± 0,49	12,4 ± 0,64	11,43 ± 0,92	12,0 ± 1,03
F19. Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)	13,07 ± 0,52	14,5 ± 0,50*	11,93 ± 0,87	12,36 ± 0,73
F20. Возможности для приобретения новой информации и навыков	14,4 ± 0,42	15,33 ± 0,59	13,36 ± 1,01	14,0 ± 0,72
F21. Возможности для отдыха и развлечений и их использование	12,17 ± 0,58	13,9 ± 0,49*	11,57 ± 0,85	12,14 ± 0,95
F22. Окружающая среда вокруг (загрязненность/шум/климат/привлекательность)	13,63 ± 0,56	14,67 ± 0,52	12,71 ± 0,76	12,86 ± 0,83
F23. Транспорт	14,4 ± 0,62	15,23 ± 0,66	13,64 ± 1,19	13,57 ± 1,18
VI. Духовная сфера	14,73 ± 0,49	16,03 ± 0,48*	12,65 ± 1,02	13,0 ± 0,90
F24. Духовность/религия/личные убеждения	14,73 ± 0,49	16,03 ± 0,48*	12,36 ± 1,02	13,0 ± 0,90
Суммарная оценка, связанная со здоровьем и качеством жизни	80,67 ± 1,96	88,98 ± 1,93*	75,47 ± 4,34	78,95 ± 4,48

Примечание: * – различие достоверно при $P < 0,05$.

Статистический анализ данных с использованием критерия Манна-Уитни для независимых выборок показал, что после завершения САТ участники экс-

периментальной группы характеризовались более высоким качеством жизни по значительному числу сфер и субсфер (с вероятностью $P < 0,05$ и $P < 0,001$), по сравнению с участниками контрольной группы.

Статистически достоверное превышение показателей в экспериментальной группе, по сравнению с контролем, отмечалось по общему качеству жизни и состоянию здоровья (G) и таким сферам и субсферам, как жизненная активность, энергия и усталость (F2) (I. Физическая сфера), мышление, обучаемость, память и концентрация (познавательные функции) (F5) (II. Психологическая сфера), подвижность (F9) (III. Уровень независимости), значительному числу субсфер сферы «Окружающая среда». Превышение показателей в экспериментальной группе относительно контроля отмечалось также по духовной сфере и суммарной оценке, связанной со здоровьем и качеством жизни.

Сделанные нами наблюдения позволяют считать оправданным применение в отношении пациентов с ППР предложенного подхода к ведению занятий и построению арт-терапевтической программы в целом, который характеризуется комплексом технологических и процессуальных отличий от подхода к ведению занятий с психотическими пациентами.

Результаты исследования лечебно-реабилитационных эффектов САТ у наркозависимых в ремиссии

Данные первичного обследования участников экспериментальной группы свидетельствуют о неблагоприятном эмоциональном фоне, плохом самочувствии и негативной оценке ими своих личностных качеств. Повторное обследование участников экспериментальной группы показало статистически значимое (с уровнями от $P < 0,05$ до $P < 0,001$) улучшение показателей самочувствия и эмоционального фона, более позитивную оценку личностных характеристик и рост творческой увлеченности (табл. 7). У участников арт-терапевтической программы была также отмечена положительная динамика трудовой и учебной деятельности.

Показатели тестов в экспериментальной и контрольной
группах наркозависимых

Тесты и шкалы	Экспериментальная группа		Контрольная группа
	Исходные показатели М ± m	Показатели спустя 9-27 мес. М ± m	Сроки ремиссии 8-26 месяцев М ± m
<i>Шкала Бека</i>	22,85±2,62	10,44±2,05**	10,04 ± 1,76
<i>БП:</i>			
Экстраверсия	24,19 ± 1,24	24,63 ± 1,16	24,63± 0,87
Самосознание/организованность	22,11 ± 1,43	27,22 ± 1,21***	23,13 ± 0,53
Готовность к сотрудничеству	23,89 ± 1,12	30,14 ± 1,11**	31,15 ± 0,65
Эмоциональная стабильность	15,0 ± 1,05	19,67 ± 1,07***	16,59 ± 0,87
Личностные ресурсы	23,0 ± 1,01	29,63 ± 0,89**	25,19 ± 0,96
<i>ИТТ:</i>			
ИТТ-СТЛ	7,70 ± 0,38	6,19 ± 0,37***	7,48 ± 0,23
ИТТ-СТС	7,52 ± 0,56	5,85 ± 0,43**	5,41 ± 0,24
<i>ОГУ:</i>			
Импрессивная составляющая	15,67 ± 0,82	19,44 ± 0,62*	13,04 ± 1,06
Экспрессивная составляющая	9,85 ± 0,73	14,67 ± 0,74*	8,85 ± 1,03
<i>САН:</i>			
Самочувствие	2,87 ± 0,18	5,06 ± 0,17**	5,24 ± 0,1
Активность	3,89 ± 0,21	4,53 ± 0,22*	4,9 ± 0,13
Настроение	2,92 ± 0,19	5,17 ± 0,21**	5,45 ± 0,16

Примечание: при сравнении показателей в экспериментальной группе в динамике * – различие достоверно при $P < 0,001$; ** – различие достоверно при $P < 0,01$; *** – различие достоверно при $P < 0,05$.

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 исходными показателями в экспериментальной группе, но практически не отличаются от показателей повторного исследования (табл. 7). 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. В свою очередь, отсутствие различий в показателях между контрольной и экспериментальной группой 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 оказались более благоприятны, по сравнению с контрольной группой ($P < 0,001$), 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. Кроме того, во время повторного обследования участники экспериментальной группы обнаружили достоверно более низкие показатели личностной тревожности, по сравнению с контролем. Достоверно более высокими – как по импрессивной, так и экспрессивной составляющей – являются показатели ОТУ во время повторного обследования членов экспериментальной группы (по сравнению с контрольной группой).

Полученные результаты могут свидетельствовать о том, что благодаря участию в различных реабилитационных программах и получению психологической помощи участникам контрольной группы удалось достичь определенной эмоциональной и личностной стабилизации, однако ее уровень в целом более низок, по сравнению с экспериментальной группой. Результаты исследования дают основание говорить о том, что длительное участие в арт-терапевтических занятиях сопровождается достижением не только сопоставимого с контролем симптоматического улучшения, но и более выраженных, по сравнению с контролем, положительных изменений по ряду личностных параметров, а также в сфере творческих увлечений.

Результаты исследования дестигматизирующих эффектов интерактивных выставок художественных работ психически больных

Результаты применения анкеты «Мифы и факты о психически больных людях и их творчестве» до проведения мероприятий дестигматизирующей направленности говорят о проявлении социальной дистанцированности от психически больных в сочетании с признанием подавляющим большинством респондентов того, что психически больные люди могут быть интересными, творческими, незаурядными людьми.

Значительное число опрошенных отмечало, что творческая продукция душевнобольных может положительно воздействовать на тех, кто ее воспринимает (вызывать положительные чувства, вдохновлять, служить обогащению внутреннего мира, помогать в преодолении душевных недугов, справляться со сложным состоянием, исцелять). 50% опрошенных признали, что опыт (чувства, мысли), отраженный в творческой продукции (рисунки, поэзия, музыка и др.) психически больных людей, им чем-то близок и понятен. На основании этого можно предполагать, что облеченные в художественно-образную, эстетически привлекательную форму мысли и переживания психически больных вызывают у многих людей скорее положительное отношение, чем отрицательное, и даже оказываются близкими и понятными значительному числу здоровых.

Результаты повторного анкетирования, проведенного после просмотра экспозиции работ душевнобольных и участия в семинаре, указывают на ряд значимых дестигматизирующих эффектов: уровень социальной дистанцированности снизился, а положительная оценка творческого потенциала душевнобольных, их творческой продукции и ее воздействия на зрителей еще более возросла. Сравнение ответов на вопросы анкеты до и после дестигматизирующих мероприятий по критерию знаков указывает на достоверные различия по многим пунктам анкеты.

Показательны также результаты применения анкеты «Как я воспринимаю художественные работы людей с проблемами психического здоровья». Средняя оценка художественно-эстетической ценности изобразительной продукции ду-

шевнобольных по десятибалльной шкале составила 6,6 баллов. 83% опрошенных признали, что работы психически больных людей вызвали у них умеренно сильный эмоциональный отклик; при этом у 71% респондентов чувства были смешанными, у 7% положительными, а у 5% отрицательными. Никаких чувств картины больных не вызвали у 3% опрошенных; вызвали слабый эмоциональный отклик у 14%.

Подсчет коэффициентов линейной корреляции Пирсона между ответами на три пункта данной анкеты, показывающими, как респонденты оценивают художественно-эстетическую ценность работ, силу их эмоционального воздействия, а также близость и понятность их содержания, показал следующие: корреляции средней силы ($r=0,48$) имелись между оценками художественно-эстетической ценности работ и интенсивностью их эмоционального воздействия на зрителей. В то же время, оценка художественно-эстетической ценности работ и их эмоционального воздействия не была связана с близостью и понятностью их содержания для зрителей.

Результаты межкультурной адаптации РТС

Работа по межкультурной адаптации РТС включала рестандартизацию и исследование его надежности и валидности, а также дополнительное изучение его диагностического потенциала для оценки творческих способностей, эмоциональных нарушений и динамики когнитивных и эмоциональных процессов на фоне проводимой арт-терапии.

Были определены возрастные нормы когнитивных показателей теста. Результаты исследования позволяют считать РТС валидным инструментом измерения познавательных и творческих способностей. В то же время, расчет коэффициентов ранговой корреляции между РТС и тестами креативности Вильямса и Торренса и факторный анализ показателей тестов позволяет сделать вывод о том, что РТС измеряет главным образом когнитивно-интеллектуальные факторы креативности и не пригоден для измерения ее личностных факторов.

Дополнительно была исследована способность РТС определять эмоциональные нарушения у детей, подростков и взрослых. В результате сравнения

показателей эмоциональных шкал в рисунках детей, подростков и взрослых с различными психическими нарушениями, с одной стороны, и клинически здоровыми испытуемыми, с другой стороны были выявлены достоверные различия ($p < 0,01$) между клиническими группами и контролем.

Для изучения способности РТС определять депрессивные и тревожные состояния у взрослых были рассчитаны коэффициенты линейной корреляции между балльными оценками по эмоциональным шкалам РТС и показателями ОДС-2, шкалы Бека и ИТТ у пациентов, участвующих в САТ на базе психотерапевтического отделения.

Достоверные отрицательные корреляции были обнаружены между показателями шкалы эмоционального содержания РТС, некоторыми показателями шкалы ИТТ-СТС (общая оценка, астения, негативная оценка перспектив), шкалы ИТТ-СТЛ (общая оценка, тревожность, эмоциональный дискомфорт, астения, негативная оценка перспектив) и методики Бека. Также выявлена значимая положительная корреляция между шкалой эмоционального содержания РТС, шкалой «эндогенная-невротическая депрессия» ОДС-2.

Проведенная работа по межкультурной адаптации РТС и дополнительному изучению его диагностических возможностей позволила включить его в набор методик для определения лечебно-реабилитационных эффектов групповой арт-терапии при различных психических расстройствах. Применение РТС в процессе САТ свидетельствует о выраженном росте показателей когнитивных и эмоциональных шкал, указывающем на положительные изменения эмоционального состояния и самовосприятия участников занятий, а также рост познавательных и творческих способностей, тесно связанных с образной сферой и изобразительной деятельностью участников.

ВЫВОДЫ

1. Разработанная оригинальная модель лечебно-реабилитационных арт-терапевтических воздействий САТ базируется на системном и транстеоретическом подходах, биопсихосоциальной концепции развития психических расстройств, психологической теории личности как системе отношений человека с окружающей средой, концепции творчества как специфического вида деятельности, связанного с духовной сферой и механизмами адаптации.

2. Методология САТ предполагает использование трех основных факторов терапевтического воздействия – художественной экспрессии, психотерапевтических и групповых отношений и вербальной обратной связи – тесно связанных с процессами терапевтических изменений. Факторы терапевтического воздействия используются в САТ в разном соотношении, в зависимости от ее организационной формы, институциональной и групповой культуры, клинико-психологических особенностей пациентов, степени их заинтересованности в занятиях изобразительным творчеством, самопознании и общении, уровня развития их коммуникативных, рефлексивных и художественных навыков.

3. При использовании САТ у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами должны учитываться общие особенности таких больных – неуверенность в своих силах, апато-абулия, нарушения мышления, повышенная тревожность и зависимость от ведущего группы, наличие побочных эффектов психофармакотерапии и другие – обуславливающие сдерживание художественной экспрессии, низкую групповую динамику и ограниченную ценность интерпретации их изобразительной продукции. Стиль ведения занятий с такими пациентами достаточно директивный, а позиция психотерапевта поддерживающая. Постепенно и в ограниченном объеме в ходе САТ применяются арт-терапевтические техники, связанные с дозированной нагрузкой на разные сенсорные системы и сферы психической деятельности (познавательную, эмоциональную, поведенческую).

4. При проведении САТ у пациентов с пограничными психическими расстройствами может быть использован широкий спектр различных видов твор-

ческой деятельности, в том числе, связанных с активным взаимодействием между участниками группы (групповая интерактивная форма занятий с прогрессивным наращиванием уровня интерактивности). Стиль ведения занятий варьируется от слабо директивного до недирективного, а позиция психотерапевта – от поддерживающей до фрустрирующей, в зависимости от этапа терапевтических изменений, групповой динамики и индивидуальных особенностей пациентов. Применяется широкий репертуар психотерапевтических техник, дополняющих творческие виды деятельности пациентов.

5. Лечебно-реабилитационные эффекты САТ, применяемой в амбулаторных и стационарных условиях, проявляются в симптоматическом улучшении: снижении депрессивных, тревожных и ипохондрических проявлений, коррекции поведения и мыслительной деятельности, повышении активности и контактности больных. Также отмечается улучшение межличностного и социального функционирования пациентов – усиление творческой направленности, улучшение профессиональной работоспособности, отношений с окружающими и организации свободного времени, что подтверждается данными катармистического исследования.

6. Лечебные эффекты САТ при пограничных психических расстройствах проявляются в симптоматическом улучшении: снижении выраженности депрессивных, тревожно-фобических, соматизированных, обсессивно-компульсивных расстройств, агрессивности. Положительные изменения в сфере личностного функционирования связаны с ростом самоуважения и самопринятия, креативности и контактности, улучшением понимания своих переживаний, положительными изменениями в сфере ценностных ориентаций, а также улучшением познавательных навыков, межличностных отношений, ростом субъективной удовлетворенности разными сферами жизни.

7. САТ является эффективным видом психологической помощи психически больным и наркозависимым. Это подтверждается благоприятной динамикой симптоматического статуса участников арт-терапевтической программы, положительными изменениями их личностного функционирования, развитием

комплекса навыков и здоровых потребностей, обеспечивающих психосоциальную адаптацию. Важным фактором устойчивой психосоциальной адаптации выступает усиление творческой направленности личности.

8. Разработанный организационно-методический подход к проведению выставок художественных работ душевнобольных предполагает активное взаимодействие зрительской аудитории с экспонируемыми произведениями, способствует эффекту дестигматизации, уменьшению социальной дистанцированности посетителей выставок от пациентов.

9. Рисуночный тест Сильвер является надежным и валидным инструментом психодиагностики, позволяющим проводить оценку познавательных и творческих способностей детей, подростков и взрослых. Он может быть использован для диагностики эмоциональных нарушений, прежде всего, таких, как депрессия и агрессия, а также для оценки динамики познавательных и эмоциональных процессов у пациентов, участвующих в различных лечебно-реабилитационных программах, включая арт-терапию.

Практические рекомендации

1. При использовании методов арт-терапии в системе психиатрического и психотерапевтического обслуживания особое внимание должно быть обращено на процессы, стадии и уровни терапевтических изменений с точки зрения транстеоретического подхода, синхронизацию арт-терапевтических воздействий с лечебно-реабилитационным процессом, их синергичность с лекарственной терапией и иными видами лечения, уточнение процессуально-технологических особенностей индивидуальной и групповой арт-терапии, применение техник, фокусированных на решение конкретных задач, связанных с этапами лечебно-реабилитационного процесса.

2. Для достижения оптимальных лечебно-реабилитационных эффектов три основных фактора терапевтического воздействия САТ (художественная экспрессия, психотерапевтические и групповые отношения и вербальная обратная связь) должны быть использованы в разном соотношении и с разной степенью

активности, в зависимости от вида психического расстройства, клинико-психологических особенностей пациентов, степени их заинтересованности в занятиях изобразительным творчеством, самопознании и общении, уровня развития их коммуникативных, рефлексивных и художественных навыков и культурного уровня.

3. При использовании САТ у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами (шизофрения с умеренно выраженным дефектом, органические поражения головного мозга с психотическими нарушениями, незначительно или умеренно выраженным слабоумием) должны учитываться общие особенности таких больных – неуверенность в своих силах, апато-абулия, нарушения мышления, повышенная тревожность – обуславливающие сдерживание художественной экспрессии, низкую групповую динамику, зависимость больных от ведущего группы и ограниченную способность к усвоению информации, связанной с интерпретациями и групповыми обсуждениями. Наибольшее значение при этом могут играть преимущественно несложные виды художественной практики, рассчитанные на индивидуальную деятельность больных в группе, с их достаточно директивным сопровождением психотерапевтом и использованием стимулирующих воздействий. По мере адаптации пациентов к условиям САТ постепенно и в ограниченном объеме могут применяться относительно простые виды вербальной обратной связи и арт-терапевтические техники, связанные с дозированной нагрузкой на разные сенсорные системы и сферы психической деятельности, а также интерактивные виды творческой работы, такие, как групповой рисунок.

4. При проведении САТ у пациентов с пограничными психическими расстройствами целесообразно применение индивидуальной или групповой интерактивной формы занятий с активной обратной связью и прогрессивным повышением нагрузки на разные сенсорные системы и сферы психической деятельности пациентов. По мере развития групповой динамики важную роль могут играть разные виды совместной творческой деятельности больных, обеспечивающие их невербальное самораскрытие, понимание присущих им особенно-

стей поведения и внутриличностных конфликтов, а также коррекцию и развитие межличностных навыков и механизмов копинга. Повышению терапевтической эффективности САТ при этом способствует применение широкого репертуара различных психотерапевтических техник на основе учета личностных особенностей больных, в том числе, их способности справляться с фрустрацией и конструктивно воспринимать обратную связь.

5. Процессуальные и технологические особенности применения САТ у наркозависимых определяются организационными условиями, а также качеством и сроками ремиссии. При наличии у них достаточно высокой мотивации к участию в лечебно-реабилитационной программе и достаточных эмоционально-волевых и познавательных ресурсов, целесообразно проведение пролонгированной работы в условиях интерактивной группы. Рекомендации, связанные с проведением САТ у пациентов с ППР, могут также распространяться на наркозависимых в ремиссии.

6. Значимым фактором устойчивой психосоциальной адаптации при проведении САТ у больных с разными психическими расстройствами (включая психозы, ППР, аддикции) является усиление творческой направленности личности, достигаемое посредством их вовлечения в тот вид творческой деятельности, который в наибольшей степени соответствует их индивидуальным наклонностям и культурному опыту. Поэтому важную роль играет поддержка психотерапевтом соответствующих занятий пациентов за рамками индивидуальных или групповых сеансов. Одной из форм такой поддержки может выступать организация выставок художественных работ пациентов, их вовлечение в творческие объединения, издание сборников и каталогов с их работами и иной полиграфической продукции.

7. Большое значение для дестигматизации душевнобольных имеет организация выставок и интернет-порталов с возможностью творческого взаимодействия зрительской аудитории с их художественными работами. Особое внимание при реализации подобных экспозиционных проектов должно быть обращено не столько на отраженные в работах пациентов их психопатологические чер-

ты, сколько на проявление их индивидуально-личностных и некоторых типологических особенностей, а также переживаний, объединяющих их с психически здоровыми людьми.

8. Рисуночный тест Сильвер может быть использован при проведении скрининговых групповых и индивидуальных обследований детей, подростков и взрослых с целью определения особенностей их познавательной и эмоциональной сфер, в том числе, повышенного риска депрессии и агрессии включая их маскированные или «латентные» формы. РТС также может быть рекомендован в качестве инструмента оценки терапевтической эффективности различных вмешательств, применяемых в стационарных и амбулаторных психиатрических и психотерапевтических учреждениях. Он может служить выявлению связанных с этими вмешательствами положительных изменений в познавательной и эмоциональной сфере пациентов с разными психическими расстройствами.

Список основных работ, опубликованных по теме диссертации

Научные статьи в журналах по перечню ВАК

1. Копытин А. И. Применение некоторых клинико-психологических методик для дифференциальной диагностики депрессивных состояний / А.И. Копытин // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1990. – №4. – С. 95-99.

2. Копытин А. И. Рисуночный тест Р. Сильвер для оценки когнитивной и эмоциональной сфер личности / А.И. Копытин // Психологический журнал. – 2004. – № 5. – С. 90-97.

3. Копытин А. И. Некоторые проблемы использования арт-терапии в психиатрии / А.И. Копытин // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2004. – №5. – С.77-82.

4. Копытин А. И. Ранние аналоги и современные методы арт-терапевтической работы с психиатрическими пациентами / А.И. Копытин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – №2. – С. 90-102.

5. Копытин А. И. «Диалог» с изобразительным искусством психически больных людей как инструмент дестигматизации / А.И. Копытин // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2007. – №12. – С. 71-77.

6. Копытин А.И. Арт-терапия как составная часть системы психиатрического обслуживания / А.И. Копытин // Психическое здоровье. – 2009. – №3.– С. 72-78.

7. Копытин А.И. Арт-терапия в клинике пограничных состояний / А.И. Копытин // Психическое здоровье. – 2009. – №8.– С. 58-65.

8. Копытин А.И. Арт-терапия в психиатрии и общей врачебной практике / А.И. Копытин // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. – 2009. – № 3 (30). – С.142-148.

Монографии

9. Копытин А. И. Основы арт-терапии / А.И. Копытин. – СПб.: Лань, 1999. – 254 с.

10. Копытин А. И. Системная арт-терапия / А.И. Копытин. – СПб.: Питер, 2001. – 216 с.

11. Копытин А. И. Теория и практика арт-терапии / А.И. Копытин. – СПб.: Питер, 2002. – 368 с.

12. Копытин А. И. Руководство по групповой арт-терапии / А.И. Копытин. – СПб.: Речь, 2003. – 320 с.

13. Копытин А. И. Арт-терапия детей и подростков / А.И. Копытин, Е.Е. Свистовская. – М.: Когито-Центр, 2006. – 197 с.

14. Копытин А. И. Техники аналитической арт-терапии. / А.И. Копытин, Б. Корт. – СПб.: Речь, 2007. – 186 с.

15. Копытин А. И. Руководство по детско-подростковой и семейной арт-терапии / А.И. Копытин, Е.Е. Свистовская. – СПб.: Речь, 2010. – 250 с.

Учебно-методические издания

16. Копытин А. И. Рисуночный тест Сильвер. Методическое руководство / Р. Сильвер, А.И. Копытин. – СПб.: Иматон, 2002. – 78 с.

17. Копытин А. И. Арт-терапия в общеобразовательной школе. Методическое руководство / А.И. Копытин. – СПб.: Академия постдипломного педагогического образования, 2005. – 58 с.

18. Копытин А. И. Арт-терапия жертв насилия: учебное пособие / А.И. Копытин. – М.: Издательство Института психотерапии, 2009. – 142 с.

19. Копытин А.И. Арт-терапия наркоманий: учебное пособие / А.И. Копытин, О.В. Богачев. – М.: Издательство Института психотерапии, 2009. – 170 с.

Прочие научные публикации

20. Копытин А. И. Психодинамический подход и арт-терапия / А.И. Копытин // Исцеляющее искусство: международный журнал арт-терапии. – 1997. – №2. – С. 3-10.

21. Kopytin A. Art therapy in psychiatry in Russia. // From clinical practice to research: rethinking psychiatry / A. Kopytin // Abstracts from the International Jubilee WPA Congress. – Paris, 2000, June 26-30. – P. 35.

22. Копытин А. И. Некоторые ориентиры современного изучения психопатологической экспрессии / А.И. Копытин // Исцеляющее искусство: международный журнал арт-терапии. – 2001. – №1. – С. 6-10.

23. Копытин А. И. Стандартизация рисуночного теста Сильвер в России / А.И. Копытин // Арт-терапия: хрестоматия (под ред. А. И. Копытина). – СПб.: Питер, 2001. – С. 249-272.

24. Копытин А. И. Исходные арт-терапевтические понятия (Глава 1) / А.И. Копытин // Практикум по арт-терапии (под ред. А. И. Копытина). – СПб.: Питер, 2001. – С. 20-98.

25. Копытин А. И. Работа с психиатрическими пациентами на базе дневного стационара психоневрологического диспансера / А.И. Копытин // Практикум по арт-терапии (под ред. А. И. Копытина). – СПб.: Питер, 2001. – С. 265-297.

26. Kopytin A. The study of formal characteristics in drawings of psychiatric patients / A. Kopytin, E. Svistovskaya // Peoples' dignity through the cultures (eds.

C. Carbonel and H.-O. Thomashoff). – Madrid: World Psychiatric Association, 2001. – P. 85-96.

27. Копытин А. И. Новые направления в арт-терапии и их роль в клинической практике / А.И. Копытин // Арт-терапия в эпоху постмодерна (под ред. А. И. Копытина). – СПб.: Семантика-Речь, 2002. – С. 7-13.

28. Kopytin A. The Silver Drawing Test of Cognition and Emotion: standartisation in Russia / A. Kopytin // Epistemology and practice of research in the arts therapies (ed Lony Schiltz). – Luxembourg: Fonds National de la Recherche. – 2002. – P. 75-92.

29. Kopytin A. The Silver Drawing Test of Cognition and Emotion: standartisation in Russia / A. Kopytin // American Journal of Art Therapy. – 2002. – Vol. 40, May. – P. 223-258.

30. Kopytin A. Russian art therapy: problems and perspectives / A. Kopytin // Arts-terapias-communication (ed. L. Kossolapow). – Munster-Hamburg-London: Transactions publishers. – 2003. – P. 511-515.

31. Kopytin A. Photography and art therapy: an easy partnership / A. Kopytin // Inscape. The Journal of the British Art Therapy Association. – 2004. – No.2. – P. 49-58.

32. Kopytin A. Using silver drawing test for assessing normal and traumatised children and adolescents living in the areas affected by Chernobyl nuclear accident / A. Kopytin // Trauma und Kreativitat. Therapie mit kunstlerischen medien (eds R. Hampe, Ph. Martius, A. Reiter, G. Schottenloher, F. Von Sprei). – Bremen: Verlag Universitat Bremen. – 2004. – P. 407-416.

33. Kopytin A. Fantasizing about violence: using the Draw-a-Story Test in assessing adult psychiatric patients who committed severe criminal acts and delinquent adolescents (Chapter 7) / A. Kopytin, V. Svetsitskaya, E. Svistovskaya // Aggression and Depression assessed through art (ed. R. Silver). – New York: Brunner and Routledge. – 2004. – P. 141-160.

34. Копытин А. И. Актуальные вопросы теории и практики групповой арт-терапии / А.И. Копытин // Московский психотерапевтический журнал. – 2005. – №4. – С. 5-27.

35. Копытин А. И. Тренинг коммуникации: арт-терапия / А.И. Копытин. – М.: Издательство Института психотерапии. 2006. – 83 с.

36. Копытин А. И. Новые методы и области практического применения арт-терапии / А.И. Копытин // Арт-терапия – новые горизонты (под ред. А. И. Копытина). – М.: Издательство Когито-Центр, 2006. – С. 7-20.

37. Kopytino A. Meno terapija dirbant su priklausomybe turinciais paaugliais / A. Kopytino // Dailes terapija. Seminaru uzrasai (Rasa Kucinskiene). – Vilnius: Kronta. – 2006. – P. 65-84.

38. Копытин А.И. Опыт дестигматизации посредством интерактивных выставок / А.И. Копытин // К пониманию и терпимости – через искусство. Роль творческого самовыражения и арт-терапии в социальной интеграции психически больных людей (под ред. А.И. Копытина). – СПб.: Скифия, 2007. – С.24-44.

39. Kopytin A. Promoting understanding and tolerance through art: antistigma experience by the means of interactive exhibitions / A. Kopytin // Abstracts from the International interdisciplinaty conference «Society, health, welfare», Riga, Riga Stradins University, November 8-9, 2007. – P. 32-34.

40. Копытин А. И. Опыт дестигматизации посредством выставок и тренинга творческой коммуникации / А.И. Копытин // Практическая арт-терапия: лечение, реабилитация, тренинг (Под ред. А. И. Копытина). – М.: Когито-Центр, 2008. – С. 252-271.

41. Копытин А. И. Арт-терапия в России: образование, исследования, практика / А.И. Копытин // Практическая арт-терапия: лечение, реабилитация, тренинг (под ред. А. И. Копытина). – М.: Когито-Центр, 2008. – С.5-15.

42. Kopytin A. Promoting understanding and tolerance through art: antistigma experience by the means of interactive exhibitions / A. Kopytin // Collection of scientific papers. – Riga: Riga Stradins University. – 2008. – P. 124-128.

43. Kopytin A. Antistigma experience by a means of interactive exhibitions / A. Kopytin // *The person in art* (eds. Hans-Otto Thomashoff and E. Suhanova). – Hauppauge, New York: Nova Science Publishers. – 2008. – P. 123-139.
44. Копытин А. И. Исследование лечебных эффектов групповой арт-терапии в условиях психотерапевтического отделения / А.И. Копытин, И.В. Борщевская, А.А. Лебедев, С.В. Шереметова // *Исцеляющее искусство: международный журнал арт-терапии*. – 2009. – №4. – С. 39-46.
45. Копытин А. И. Изменение психического и социального статуса наркозависимых в ремиссии при групповой арт-терапии / А.И. Копытин, О.В. Богачев // *Психологический журнал*. – 2009. – №1. – С. 86-95.
46. Копытин А.И. Арт-терапия в лечении и реабилитации пациентов с различными психическими расстройствами / А.И. Копытин // *Menu terapija reabilitacijoje: situacija ir perspektyvos. Respublikines mokslines-praktines konferencijos*. – Klaipeda: Klaipedos universitetas. – Klaipeda, November 2-4, 2009. – P.80-95.
47. Kopytin A. Photography and art therapy: possibilities for partnership / A. Kopytin // *KunstReiz. Neurobiologische aspekte kunstlerischer therapien* (eds. R. Hampe, P. Martius, D. Ritschl, F. von Sprei, P. Stalder). – Berlin: Frank & Timme. – 2009. – P. 479-492.
48. Kopytins A. Terapeitiskie faktori makslas terapijas grupa / A. Kopytins / K. Marninsone // *Makslas terapija: teorija un prakse* (ed. K. Martinsone). – Riga: Drukatava. – 2009. – P. 422-431.
49. Kopytins A. Makslas terapijas grupa darba formas / A. Kopytins // *Makslas terapija: teorija un prakse* (ed. K. Martinsone). – Riga: Drukatava. – 2009. – P. 415-421.
50. Kopytin A. How to overcome psychiatric stigma through art / H.O. Thomashoff, E. Sukhanova, A. Kopytin // *Advances in psychiatry* (eds. G. Christodoulou, M. Jorge, J. Mezzich). – Athens: BETA Medical Publishers. – 2009. – P. 223-236.

Список сокращений, использованных в работе

БП – опросник «Большая пятерка»

ВОЗ КЖ-100 – опросник качества жизни ВОЗ

ИТТ – интегративный тест тревожности

ИТТ-СТЛ – интегративный тест тревожности, шкала личностной тревожности

ИТТ-СТС – интегративный тест тревожности, шкала ситуативной тревожности

КОК – культурно-оздоровительный клуб

ОДС-2 – опросник депрессивных состояний

ОТУ – опросник творческих увлечений

ПАВ – психоактивные вещества

ППР – пограничные психические расстройства

РТС – рисуночный тест Сильвер

РЦ – реабилитационный центр

САН – тест «Самочувствие-активность-настроение»

САТ – системная арт-терапия

СКЛЮ – стандартизированный клинический личностный опросник

ТДМ – тест дивергентного мышления

ТТХЛ – тест творческих характеристик личности

ШСНС – шкала сниженного настроения, субдепрессии