

Опыт применения арт-терапии как метода психотерапевтической коррекции в работе с пациентами, страдающими шизофренией

И.И. Юдина

ГКУЗ ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева, Москва
Филиал «Психоневрологический диспансер № 21»

Рассматривается эффективность применения арт-терапии как одного из методов психотерапевтической коррекции в работе с пациентами, страдающими шизофренией. В работе приводится разбор клинического случая больной шизофренией.

Ключевые слова: арт-терапия, психотерапия, психотерапевтическая коррекция, шизофрения.

Некоторые зарубежные психиатры придают психотерапии ведущее значение в лечении шизофрении. В связи с этим были попытки применения индивидуальной аналитической психотерапии (психоанализ). Но ее трудоемкость, длительность, высокая стоимость и недостаточная эффективность не сделали этот метод популярным. При этом заболевании чаще используются групповые формы психотерапии — групповой психоанализ, психодрама, недирективная, поведенческая, рационально-эмоциональная психотерапия и др. [1, 4–6].

В. М. Воловик и соавт. (1983) выделяют при малопрогрессирующих формах шизофрении несколько уровней задач и соответствующих им форм групповой психотерапии. Решение задач первого уровня (стимулирование эмоциональности, социальная активация и налаживание коммуникации) осуществляется с помощью групп творческой активности (арт-терапия, музыкотерапия, проективный рисунок и др.), стимуляции психомоторики, пантомимы, простых форм коммуникативно-активирующей терапии (литературный пересказ, свободная импровизация диалогов и их обсуждение). Для решения задач второго уровня (выработка адекватных форм поведения, тренировка общения и повышение уверенности в себе) наряду с вышеуказанными используются методы функциональной тренировки поведения. В решении задач третьего уровня (достижение правильного представления о болезни и нарушениях поведения, коррекции установок и отношений и оптимизации общения) требуются более сложные варианты коммуникативной психотерапии и проведение проблемно-ориентированных дискуссий. Наконец, четвертому уровню задач (раскрытие содержательной стороны конфликтных переживаний, перестройка системы отношений и

нахождение адекватных форм психологической компенсации) в большей мере соответствует методика свободных вербальных дискуссий. Различные формы групповой психотерапии могут применяться последовательно, одновременно или избирательно, что определяется всей совокупностью клинических, психологических и социальных представлений о больном и его заболевании.

Основными задачами психотерапии при шизофрении являются предотвращение аутизации и изоляции больных в обществе; социальная активация и смягчение реакций больных в ответ на ситуации, связанные с болезнью и лечением; формирование критического отношения к болезни и дезактуализация психотических переживаний; потенцирование антипсихотического действия биологических методов лечения; подготовка больных к выписке и профилактика явлений внутрибольничного госпитализма.

При психотерапевтической работе (в частности, арт-терапии) с пациентами брался в расчет целостный подход к природе человека, а не отдельные его свойства. Как одна из главных задач выделялась гуманизация психиатрии, включающая реабилитацию лиц с психическими расстройствами, направленность лечебных и психотерапевтических мероприятий на восстановление достоинства личности больного. Для того чтобы помочь пациенту, психотерапевт и врач-психиатр должны осознать, что означают для личности больного симптомы конкретного заболевания, какую защитную роль они играют, каковы особенности становления личности и на какой стадии развития возникают у больного внутренние конфликты, возможно, приведшие к болезни.

Это позволило воспринимать пациента не только как человека с выраженными расстройствами психики, которые резко дезадаптируют его в жизни, но как интегрированную в единое целое, во всех множественных связях и состояниях личность.

Психотерапевт наряду с врачом, медицинской сестрой и социальным работником составляют ближайший круг, оказывающий пациенту медико-психологическую помощь. При этом роль психотерапевта существенна как в диагностическом, так и в психотерапевтически коррекционном планах.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

Психотерапевтическая коррекция – метод воздействия на человека, направленный на психические механизмы взаимодействия со средой, нарушающие его социальную адаптацию. Целью психотерапевтической коррекции является исправление нарушений психического развития, гармонизация личности и профилактика нервно-психических расстройств, обусловленных внутренними и внешними факторами психического дизонтогенеза. Выявляются пять видов стратегий:

- 1) психотерапевтическая коррекция отдельных психических функций и компонентов психики (внимание, память, конструктивное или вербальное мышление, фономотическое восприятие, ручная умелость, игровая, учебная, познавательная деятельность и т. д.) либо коррекция личности;
- 2) директивная или недирективная стратегия психокоррекционных воздействий;
- 3) коррекция, направленная на индивида или сконцентрированная на семье;
- 4) психотерапевтическая коррекция в форме индивидуальных или групповых занятий;
- 5) психотерапевтическая коррекция как компонент клинической психотерапии в комплексном лечении нервно-психических заболеваний либо основной и ведущий метод психотерапевтического воздействия на пациента с отклонениями в поведении и социальной адаптации.

Любой психологический и социальный фактор, способный вызвать эмоциональную и поведенческую реакцию человека, может быть использован в качестве психотерапевтического и психокоррекционного средства в случае его целенаправленного применения.

Наш опыт показывает, что наибольший эффект достигается при применении нескольких техник в процессе работы с одним пациентом, так как на разных этапах психотерапии и психотерапевтической коррекции не представляется возможным использование одной методики: на одном этапе метод может давать положительные результаты, однако в процессе работы на следующих этапах требуются дополнительные методы психотерапии.

АРТ-ТЕРАПИЯ

Данный метод переводится с английского языка как «лечение, основанное на занятиях художественным (изобразительным) творчеством». Существует много примеров применения арт-терапии скорее как средства психической гармонизации и развития человека, например, в образовательной практике; как пути к разрешению социальных конфликтов или с другими целями. Современное понимание арт-терапии предполагает, во-первых, использование языка изобразительной экспрессии (могут использоваться музыка, драматическое искусство, движение, танец и другие формы творческой активности

человека; при этом изобразительная деятельность является основополагающей), во-вторых, непосредственное участие пациента в изобразительном творчестве. Арт-терапия является средством преимущественно невербального общения. Это делает ее особенно ценной для тех, кто недостаточно хорошо владеет речью, затрудняется в словесном описании своих переживаний. Изобразительная деятельность является мощным средством сближения людей, своеобразным «мостом» между медицинским психологом и пациентом. Это особенно ценно в ситуациях затруднения контакта, в общении по поводу слишком сложного и деликатного предмета. Изобразительная деятельность позволяет обходить во многих случаях «цензуру сознания», поэтому предоставляет уникальную возможность для исследования бессознательных процессов, выражения и актуализации латентных идей и состояний, тех социальных ролей и форм поведения, которые находятся в «вытесненном» виде или слабо проявлены в повседневной жизни. Арт-терапия является средством свободного самовыражения и самопознания. Продукт изобразительного творчества является объективным свидетельством настроений и мыслей человека, что позволяет использовать их для ретроспективной динамической оценки состояния, проведения соответствующих исследований и сопоставлений. В большинстве случаев арт-терапия вызывает у пациентов положительные эмоции, помогает преодолеть апатию и безынициативность, сформировать более активную жизненную позицию. Арт-терапия отвечает фундаментальной потребности в самоактуализации – раскрытии широкого спектра возможностей человека и утверждения им своего индивидуально неповторимого способа бытия в мире.

Люди, страдающие шизофренией, особенно тонко реагируют на внутреннюю и внешнюю дисгармонию. Они не могут выйти за границы своей личности и направляют свои усилия на борьбу с внутренними проблемами. В силу своей ранимости они очень чувствительны и в форме болезненных расстройств реагируют на нагрузки, кризисные ситуации, перемены и установки. Исследования подтвердили, что больные до начала заболевания больше, чем здоровые, переживали изменения в своей повседневной жизни. Также было доказано, что устранение раздражителей приводит к смягчению психопатологических симптомов, а сильные, особенно эмоциональные раздражители способны спровоцировать появление острых симптомов болезни. В связи с тем что гиперстимуляция таит в себе риск вызвать болезненную фазу, а в гипостимуляции заложена опасность развития апатии и как ее следствия – бездеятельности, больные шизофренией вынуждены постоянно балансировать между близким и далеким, сосредоточенностью и расслаблением, приближением и отступлением. Они словно балансируют на высоко натянутом канате, постоянно рискуя упасть в пропасть безумия.

Эта динамика заболевания положена в основу современной концепции лечения. Чем более воз-

бужден больной, тем более он нуждается в медикаментозном успокоении и четко организованной системе ухода. Чем более замкнутым и неактивным становится больной, тем важнее для него стимулирующие, активные реабилитационные мероприятия. Опыт работы подсказывает необходимость первым делом серьезно отнестись к ранимости пациентов, так как в зависимости от стадии болезни чрезмерная стимуляция или подавление могут оказаться опасными.

Единой схемы лечения болезни не существует, так как нет возможности устранить ее первопричину. Для психиатра, применяющего только один метод лечения, поле действия в известной мере ограничено, поэтому целесообразно на определенных этапах подключать к работе психотерапевта, психолога, специалиста по социальной работе. Особо важной представляется терапевтическая гибкость, которая не отрицает определенной схемы лечения. Применяемое лечение должно быть разумно и ориентироваться на ту фазу заболевания, в которой в данное время находится больной:

- 1) при тяжелых психотических состояниях (приступов, экстазаций) медикаментозная терапия является основным методом лечения;
- 2) если больной социально снижен или инвалидизирован в профессиональном плане, предпочтение должно быть отдано социотерапевтическим усилиям (включая все мероприятия по реабилитации);
- 3) в промежутках между острыми фазами заболевания, то есть тогда, когда больной находится в ремиссионном состоянии, на первый план могут быть выдвинуты психотерапевтические аспекты, ставящие своей задачей укрепление личности пациента.

Во все периоды болезни, особенно в первых двух названных фазах, большое значение придается сотрудничеству психиатра с ближайшими родственниками больного. Наряду с медикаментозной терапией большое значение придается и вспомогательным методам: беседам, трудовой терапии, эрго- и физиотерапии, а в дальнейшем – привлечению к различным видам творческой деятельности. В центре всех психотерапевтических усилий при работе с пациентом, страдающим шизофренией, стоит стимулирование здоровых компонентов его «Я», которые всегда существуют, но в психотическом состоянии часто глубоко скрыты.

Психотерапевтическое лечение создает то щадящее пространство, в котором психотерапевту может быть «отдано на хранение» то, что вне этого защищенного пространства так трудно высказать. Очень важно добиться того, чтобы пациент мог снова чувствовать и понимать себя, то есть смог самостоятельно разобраться в своих проблемах, желаниях, чувствах, страхах. Одновременно это становится предпосылкой для того, чтобы он сумел справиться с собой и стал общаться с окружающими. Психотерапевт – это спутник больного в рамках своего образования, приобретший знания о психо-

логических связях. Психотерапия может проводиться в форме индивидуальных или групповых бесед, в которых используются разговорные, творческие и практические элементы. Наряду с этим имеются методы, которые ставят в центр обсуждения социальные проблемы и предусматривают специальную подготовку пациентов. Особенности тренировочные программы призваны стимулировать способности пациента к восприятию и концентрации внимания в его повседневной жизни, например когнитивная терапия. Важно также определить, каким образом к лечению будут привлечены родственники. От этого зависит возможность создания «благоприятного климата», чрезвычайно важного для больного шизофренией. Именно этот климат позволит поставить в центр внимания истинную помощь в семье, а не взаимные обвинения. В связи с тем что психотерапевтическое лечение больных может длиться долгие годы, следует побеспокоиться о создании благоприятных взаимоотношений с больным и его близкими, а также благоприятной обстановке в быту и социуме. Только таким образом может быть обеспечено формирование поистине «защищенного» пространства, в котором можно сбросить груз, упорядочить переживания и мысли. Психотерапевтическое лечение должно быть приспособлено к индивидуальным потребностям больного. Поэтому для каждого пациента важно выяснить, что же он ожидает, хочет или опасается. Особенно следует принять во внимание следующее: как часто будут проходить сеансы, какова продолжительность одного сеанса, что необходимо предпринять, если самочувствие пациента ухудшится и т. д. Пользу психотерапевтического лечения определяет прежде всего человеческое расположение, истинный контакт между сторонами. Психотерапия должна быть направлена на реабилитацию, помощь в возврате к прежним психологически комфортным условиям существования, помощь в возвращении к трудовой деятельности, возвращение в семью. Во время проведения реабилитационных мероприятий важно, чтобы пациент, с одной стороны, чувствовал свою автономность и ответственность, а с другой – мог рассчитывать на поддержку со стороны семьи, врачей и социальных служб в случае возникновения трудностей или обострения заболевания. Результатом этой работы в идеале является выработка стиля жизни пациента, максимально приближенного к полноценному здоровому образу жизни с семьей, работой, кругом общения, увлечениями. Это помогает сохранить разрушаемое болезнью «Я» человека благодаря стимулирующему ожиданию его окружения и стимулам, которые дает осознание собственной ответственности, стремление к признанию и самоуважению.

Клинический случай

Больная А., 1965 года рождения.

Мать больной – мягкая, душевная, энергичная, заботливая; страдает ревмокардитом.

Отец больной – рассудительный, сдержанный.

Рис. 1. Дом, дерево, человек (начало арт-терапии)



Рис. 2. Мои мысли (первые сеансы арт-терапии)

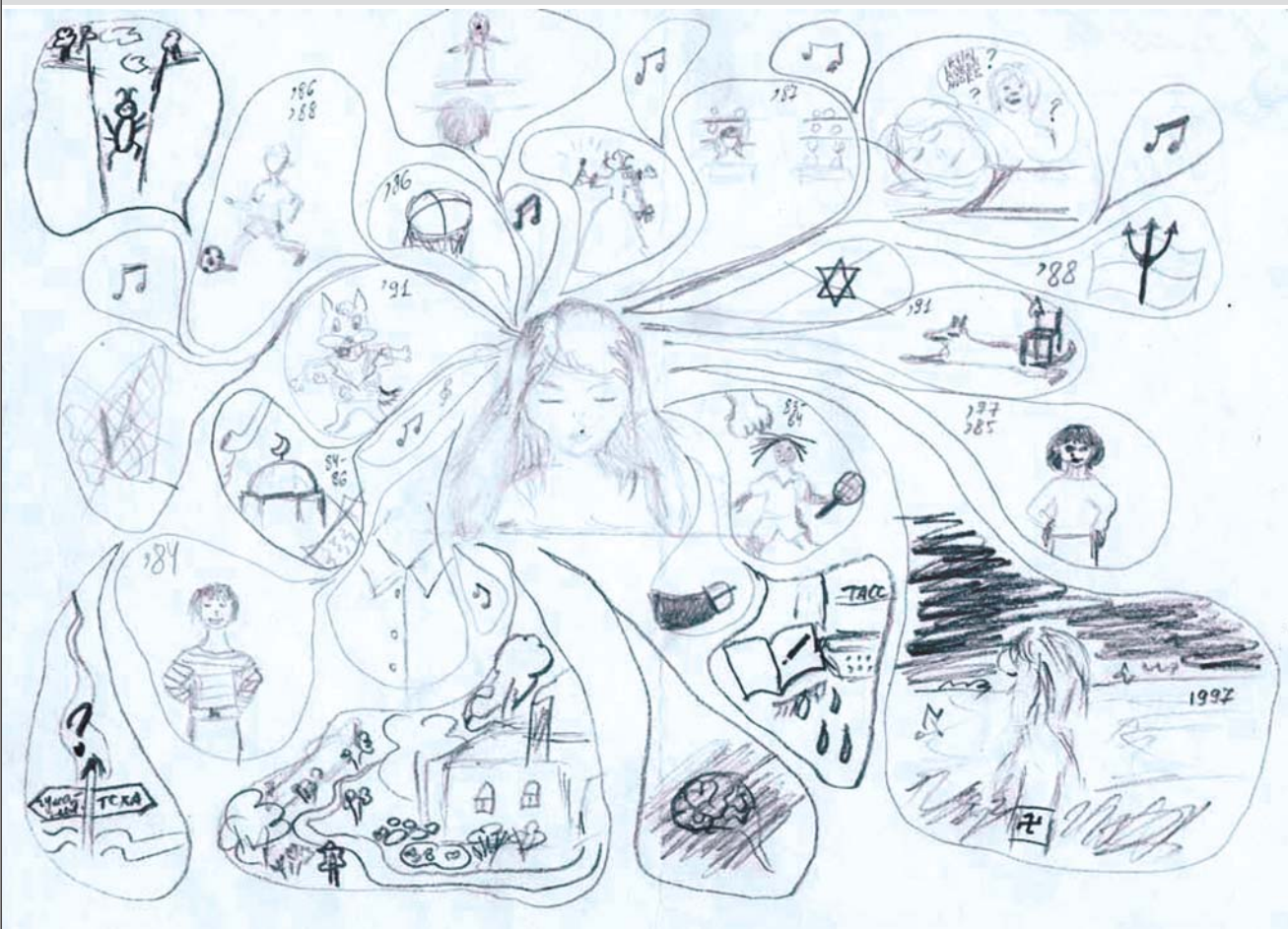


Рис. 3. Везение, которое я потеряла (середина арт-терапии)



Рис. 4. Радость и спокойствие (завершение арт-терапии)



Рис. 5. Покой (последний арт-терапевтический сеанс)



Психических заболеваний в семье и среди родственников нет. Родилась от первой беременности, в срок, роды без особенностей, вскармливание до 9 месяцев грудью матери, ранее развитие своевременное, материальные условия в семье средние, жилищные условия хорошие (у каждого своя комната). Больная воспитывалась одновременно родителями и бабушкой, которая жила с ними. В школу пошла с 7 лет, училась хорошо, подруг было мало, была замкнута, малоразговорчива. Наблюдались преморбидные особенности шизоидного типа (замкнутость, сенситивность, мнительность), склонность к невротоподобным расстройствам, нарушениям сна и своеобразным увлечениям (представляла героев мультфильмов в виде своих друзей). В подростковом возрасте появились кратковременные эпизоды с идеями «чужих родителей», сопровождающиеся страхом, растерянностью, деперсонализацией. В последующем отмечалось постепенное развитие болезненного процесса, характеризовавшееся биполярными циклотимоподобными колебаниями настроения, аутистическим фантазированием, сверхценными паталогическими идеями отношений (отсутствие к ней любви близких). Школу окончила на «хорошо» и «отлично». В возрасте 16–17 лет указанные нарушения сопровождались углублением патологических идей до уровня бреда отношений,

усилением аффективных расстройств, нарастанием специфических для шизофрении негативных изменений в виде дезорганизации и непродуктивности мышления и эмоционально-волевых нарушений (жестокость, холодность, агрессивность). Поступила в педагогический институт. На первом курсе появились сложности в обучении, перестала понимать материал, лекции. Ушла в себя, стала плаксива, раздражительна; легко включалась в конфликты. В возрасте 20 лет проходила стационарное лечение в ПБ № 15 в течение 2,5 месяцев. После лечения забрала документы из института, год не училась и не работала. Затем поступила в колледж, после его окончания устроилась озеленителем. После стационара наблюдалась участковым психиатром и была направлена для проведения психотерапии. Проблема, предъявляемая пациенткой, была озвучена как снижение самооценки, трудности коммуникативной деятельности, плохая память, рассеянное внимание. Была проведена психодиагностика, в ходе которой выявлено: в структуре личности пациентки проступали черты инфантильности, эмоциональной лабильности; конформности, внушаемость (слабо выражена), вследствие чего пациентка меньше зависела от окружающей обстановки. Так как пациентка нуждалась в «принятии», на первом этапе проводилась поддерживающая психотерапия.

Результаты, полученные в процессе беседы и наблюдения за пациенткой в начале психотерапии

Правильно ориентирована в месте, времени. В контакт вступает с трудом, во время беседы отворачивается в сторону. Рассказывает о своих проблемах; при этом краснеет, опускает глаза. Мышление вязкое, отмечается эмоциональное снижение. После сбора анамнеза установлен тип личности больной. В спокойной, мягкой, доброжелательной форме вместе с пациенткой рассмотрели некоторые психологические аспекты шизофрении как заболевания. Вскрыты проблемы взаимоотношений с родителями (холодность отношений, неприятие). Больная была включена в индивидуальную психотерапию, проводившуюся в течение пяти лет. Проводились индивидуальные сеансы аутогенной тренировки, направленной на снижение внутреннего напряжения и повышение самооценки, сеансы арт-терапии (рисунок), библиотерапия, а также проводилась работа с родственниками. В ходе арт-терапии пациентка самостоятельно изучила технику росписи по батiku, вышивала подушки, писала стихи, вела дневник. На фоне стабилизации самочувствия пациентка поступила в Институт культуры, на библиотечный факультет, который успешно окончила. В данный момент работает по специальности. Имеет несколько подруг, по работе замечаний нет, с сослуживцами доброжелательна, налажен контакт с родственниками. В ходе заболевания на фоне приема психотропных препаратов отмечается стойкая ремиссия, без госпитализаций в течение 10 лет. В данный момент сеансы психотерапии назначаются по мере необходимости и являются поддерживающими.

Сеансы арт-терапии были направлены на решение следующих задач:

- 1) налаживание комплайенса;
- 2) повышение самооценки;
- 3) восстановление навыков позитивного межличностного взаимодействия (вначале с близким окружением, а впоследствии и с дальним);
- 4) стимулирование выражения эмоций (в том числе и негативных);
- 5) профилактика проявлений аутизма;
- 6) развитие творческих навыков и т.д.

Арт-терапевтические занятия проводились систематично (1–2 раза в неделю, в одно и то же время), что позволило пациентке планировать и структурировать собственную деятельность.

Было предложено использовать следующие материалы: альбомы для рисования, простые и цветные карандаши, акварельные краски, гуашь, пастель, цветные мелки, пластилин. Свободный выбор материала является важной движущей силой в процессе арт-терапии, так как сами материалы побуждают пациента видеть и осязать. Художественные материалы, являясь частицей реальности, побуждают пациента динамически взаимодействовать с реальностью. Роль психотерапевта в арт-терапевтическом

процессе (в данном случае) – помочь пациентке вернуться в реальность через сострадание и понимание посредством изобразительной деятельности. «Сосредоточение на самовыражении, непредубежденное описание и помещение художника в центр всего процесса – всё это придает взаимоотношениям объективность, доверие, безопасность и теплоту» [3]. В процессе арт-терапии происходит выражение личных чувств и эмоций пациентки-художника, что ниже отражено в рисунках. С помощью незначительного количества рисунков можно проследить положительную динамику в состоянии пациентки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Занятия арт-терапией в процессе психотерапевтических коррекционных мероприятий способствуют улучшению качества жизни пациентов не только в сфере физического, но и социального функционирования, повышают самооценку, помогают открыть новые творческие способности, вернуться к трудовой деятельности, помогают преодолеть апатию и безынициативность, сформировать более активную жизненную позицию, способствуют восстановлению навыков позитивного межличностного взаимодействия.

Литература

1. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. – 3-е изд. – СПб: Питер, 2008.
2. Воловик В.М., Вид В.Д., Днепровская С.В., Гончарова Т.В. Групповая психотерапия психических больных. Методические рекомендации МЗ СССР. – М., 1983. – С. 39.
3. Мала Бетенски. Что ты видишь? Новые методы арт-терапии. – М.: Эксмо-пресс, 2002. – С. 42.
4. Schneider C. Die schizophrenen Symptomverbande // Monogr. Gesamtgeb. Neur. Psychiat., J. Springer, edit., Berlin, 1942.
5. Enke H. Bipolare Gruppenpsychotherapie als Möglichkeit psychoanalytischer Arbeit in der Stationären Psychotherapie // Psychother., Psychosom. med., Psychol., 1965, 15, s. 118.
6. Foulkes S. H. Some basic concept in group psychotherapy. // In: International handbook of group psychotherapy. London, 1966.

Art therapy as a psychotherapeutic method in schizophrenia patients

I.I.Yudina

N.A.Alexeev Psychiatric Hospital № 1, Moscow
Psychoneurology Dispensary № 21 (filial branch)

The paper presents the effectiveness of art therapy as one of psychotherapeutic methods used in patients with schizophrenia and analyses clinical case of schizophrenia patient.

Keywords: art therapy, psychotherapy, psychotherapeutic correction, schizophrenia