



**АРТ-АНАЛИЗ — МЕТОД
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННЫМИ
ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Пособие для врачей и психологов

Санкт-Петербург

2007

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
Государственное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева»

Утверждено к печати
Решением Ученого Совета
НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Протокол № 7 от 22.10.07

**АРТ-АНАЛИЗ — МЕТОД
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННЫМИ
ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.**

Пособие для врачей и психологов

Санкт-Петербург

2007

Аннотация

В настоящей работе описывается новая психотерапевтическая методика, разработанная В.В.Зайцевым с сотрудниками в отделении внебольничной психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева, названная арт-анализом и представляющая собой синтез психоаналитических и арт-терапевтических техник диагностики и психотерапии.

В процессе арт-анализа структурируется изначально диффузное представление пациента о невротической проблеме и собственном «Я», его выхоленные когнитивные схемы обогащаются более эмоционально окрашенными символами. Проработка травматических ситуаций происходит одновременно с включением механизмов ранних объектных отношений, а эмоциональное отреагирование — в безопасных границах переноса на объект рисования, а не на терапевта. Таким образом, удается осуществить большую часть этапов аналитической процедуры, избегая опасности активизировать психотические механизмы. По сравнению с другими арт-терапевтическими техниками, арт-анализ позволяет более точно и менее спекулятивно идентифицировать и невротические проблемы, затрачивая при этом минимальное время на проведение психотерапии. Для врачей и психологов.

Организация-разработчик: Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

Авторы-составители: доктор медицинских наук, профессор А.П. Кощубинский; кандидат психологических наук, старший научный сотрудник Т.А.Аристова; кандидат психологических наук В.В. Зайцев, младший научный сотрудник Е.С. Сулакшина, врач А.Ю. Складорова.

Рецензенты: Зав. кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета, д.м.н., профессор Н.Н. Петрова; Декан факультета клинической психологии Санкт-Петербургской Педиатрической Академии, доктор психологических наук, профессор В.А. Аверин.

© СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2007

ВВЕДЕНИЕ

Использование при эндогенных психических расстройствах, в частности, при шизофрении метода классического *психоанализа* ряд исследователей считают неэффективным [Ernst J., 1977; Minkoff K., Stern R., 1985], и даже есть сообщения о появлении в 3–6% [Crown S., 1983] негативных эффектов: обострения симптоматики, появления новых симптомов, возникновения у больных нереальных целей (обусловленных искажением взаимодействия психотерапевта и пациента), приводящих к агрессивности, разочарованию, суицидальным переживаниям, а иногда — повышенной зависимости больного от психотерапевта [Goth N., Goth J., Weigelin G., 1980]. Это обстоятельство требует своего дальнейшего разрешения, что привело к созданию методов, модифицирующих процедуру классического психоанализа применительно к больным шизофренией.

Одним из альтернативных методов работы с эндогенными психотическими и пограничными больными является арт-терапия. Методики арт-терапии базируются на том, что внутреннее «Я» человека отражается в зрительных образах, когда он рисует, не задумываясь о своих произведениях, то есть спонтанно [Хайкин Р.Б., 1977; Копытин А.И., 1999, 2000; Рудестам К., 1998]. Выражение своих переживаний на языке образов и символов является наиболее адекватным для пациентов с психологическими нарушениями, сформированными в самых ранних довербальных периодах индивидуального развития. Когда неосознаваемые психические переживания невозможно объяснить словами, их можно выразить с помощью зрительных образов, минуя цензуру сознания. При этом эмоциональная безопасность обеспечивается тем, что процесс рисования создает условия для социально приемлемого выражения негативных и агрессивных эмоций (периодически переполняющих этих пациентов) посредством механизмов так называемого *графического отреагирования* [Хайкин Р.Б., 1977].

Пройдя достаточно длительный путь развития, арт-терапия стала одним из инструментов лечебно-реабилитационного процесса психических больных. Однако следует отметить, что интерпретация полученных в результате рисо-

вания образов носит, в принципе, спекулятивный и предположительный характер. Очень сложно, даже поощряя пациента к свободным ассоциациям по поводу рисунков, выйти на конкретный опыт его травматических переживаний и быть при этом уверенным в правильности интерпретаций, поскольку сами переживания могут быть связанными не только с довербальными взаимоотношениями, но одновременно отражать ситуацию “здесь и сейчас”. Методологические трудности, возникающие при использовании арт-терапии, подробно обсуждаются в обзорных статьях Л. Гантт [1998] и Р. Гудман [1998]. К числу этих трудностей относятся: достоверность соотношения смысла художественных образов пациентов и их вербальных отчетов и ассоциаций; соответствие формальных признаков изображения и его содержательных особенностей; наличие расхождений между тем, что человек хотел нарисовать, и тем, что он фактически рисует (сам автор рисунка часто не осознает смысла своего произведения); различие между символами, обусловленными культурологическими и антропологическими феноменами, и символами, характерными для определенного клинического состояния.

В то же время аналитическая техника свободных ассоциаций является идеальным инструментом для получения материала о вытесненном или приобретенном на очень ранних стадиях развития опыте, также как и механизм переноса является прекрасным способом адаптивной реконструкции такого опыта.

С целью преодоления трудностей, которые возникают при использовании техники психодинамической терапии и арт-терапии, В.В.Зайцевым [Zaitsev V.V., 2001] разработана психотерапевтическая методика, названная арт-анализом и представляющая собой синтез психоаналитических и арт-терапевтических техник диагностики и психотерапии.

Необходимость разработки данной методики обусловлена целью преодоления трудностей, которые возникают при использовании техники психодинамической терапии и арт-терапии а также недостаточностью информации, получаемой с их помощью при работе с психически больными и, как следствие, ограничением возможностей коррекции данной группы пациентов.

Преимущество описываемой в данном пособии психотерапевтической методики состоит в том, что при ее проведении удастся осуществить большую часть этапов аналитической процедуры, избегая опасности активизировать психотические механизмы. По сравнению с другими арт-терапевтическими техниками, арт-анализ позволяет более точно и менее спекулятивно идентифицировать и невротические проблемы, затрачивая при этом минимальное время на проведение психотерапии.

При этом целью арт-анализа является достижение равновесия по оси «интроекция — экстроекция», что достигается формированием оздоравливающих взаимоотношений пациента со средой через создание психотерапевтических ситуаций, воспроизводящих особенности объектных отношений раннего периода индивидуального развития.

Новизна

В пособии описана методика, позволяющая взрослым людям с психотическими нарушениями в полной мере пережить ранние стадии развития и терапевтически трансформировать их инфантильный или искаженный опыт общения с объектами реальности. В отличие от аналитической техники свободных ассоциаций, арт-анализ позволяет проводить методику свободных ассоциаций симультанно, без разделения образных представлений вербальными интерпретациями [Spense D.P., 1982]. В результате оказывается возможным, минуя когнитивный контроль (что особенно важно для психотических больных), «выйти» на фокусную проблему пациента, удержать его в рамках этой проблемы и безопасно выявить все возникающие ассоциации, а не только те, которые пациент решил вербализовать для терапевта. В процессе арт-анализа структурируется изначально диффузное представление пациента о проблеме и собственном «Я», его выхолощенные когнитивные схемы обогащаются более эмоционально окрашенными символами. Проработка травматических ситуаций происходит одновременно с включением механизмов ранних объектных отношений, а

эмоциональное отреагирование — в безопасных границах переноса на объект рисования, а не на терапевта.

Эта психотерапевтическая методика апробирована на выборке из 110 пациентов с эндогенными психическими расстройствами и успешно внедрена в практику отделения внебольничной психиатрии института. Такая психотерапевтическая техника впервые предлагается на территории Российской Федерации.

Методологическое обоснование предлагаемой методики

При нормальном развитии индивидуума процессу интроекции (интернализации психических репрезентаций внешних объектов) сопутствует процесс экстроекции (психологическая экстернализация в виде проекции психических репрезентаций объектов на реальные объекты и их отождествления, после чего становятся возможными активные действия субъекта, изменяющие окружающую его среду). По мнению А.Фрейд (1965) и других исследователей [Вид В.Д., 1993; Мак-Вильямс Н., 1998; Кренберг О., 2000; Mahler M.S., 1971; Zubin J., Spring D., 1977], у будущих психотических больных в раннем детстве не происходит формирования границ между внешним и внутренним миром, и они так и не становятся способными к ясному отделению внешних объектов от их интернализированных психических репрезентаций. В результате наблюдается постепенное искажение развития когнитивных функций, которое может рассматриваться как одно из существенных условий для формирования неполноценной адаптационно-компенсаторной системы. На более поздних стадиях развития эти индивидуумы, особенно в случае врожденной или рано приобретенной уязвимости церебральных функций, не могут развить защитные реакции ни на усиливающиеся и усложняющиеся воздействия со стороны окружения, ни на собственные физиологические изменения. В результате в «уязвимые» (пубертатный и постпубертатный) периоды онтогенеза у них развивается психическое заболевание в ответ на стандартные (с точки зрения социальных норм) нагрузки.

Общеизвестным способом возвращения пациента в свое прошлое через настоящую ситуацию являются техники психодинамической терапии [Фрейд З., 1992; Вид В.Д., 1993; Винникотт Д.В., 1998; Кренберг О., 2000]. С помощью основного правила психоанализа (эмоциональная нейтральность терапевта) и метода свободных ассоциаций достигается так называемый невротический перенос между пациентом и терапевтом, позволяющий воссоздать отношения, которые были у пациента со значимыми лицами в прошлом, а с помощью интерпретаций достичь их постепенной адаптивной реконструкции.

В ситуации с психотическими пациентами, как показывает опыт большинства современных практикующих аналитиков, ни основное правило, ни свободные ассоциации, ни интерпретации примитивных форм психологической защиты больных не дают позитивного эффекта, а, скорее, наоборот, ухудшают их состояние [Вид В.Д., 1993; Мак-Вильямс Н., 1998; Кренберг О., 2000]. Об ограниченных возможностях психоанализа по отношению к психотическим больным Д.В.Винникотт (1998) писал следующее: «... такой метод хорошо подходит для лечения пациентов, не являющихся шизофрениками и психотиками, т. е. тех, чей ранний опыт мы признаем как само собой разумеющееся». Эта ситуация обусловлена тем, что такие пациенты не способны развивать невротический перенос, необходимый для психоаналитической работы [Мак-Вильямс Н., 1998; Кренберг О., 2000]. Кроме того, вербальные психоаналитические техники имеют свои ограничения при работе с психотическими больными, поскольку бессмысленно получать *вербальные* ассоциации относительно проблем, возникших на довербальной, сенсомоторной стадии развития интеллекта и в периоде формирования архаических психологических защит.

Как представляется, для того, чтобы психотический пациент мог заново пережить свой недифференцированный ранний опыт, он должен регрессировать к допонятийному психическому состоянию и приобрести адаптивный опыт ранних стадий развития.

В силу этого задача психотерапии с пациентами психотического уровня состоит не в избавлении от интрапсихических конфликтов посредством их осознания, а в приобретении нового опыта отношений с реальностью и с теми значимыми интернализированными объектами, отношения с которыми были дисгармонично сформированы в первые годы жизни. Если и использовать термин «конфликт» по отношению к психотическим больным, то это конфликт между стадиями развития индивида и предъявляемыми к нему требованиями его формального биологического и социального возраста. Такой конфликт не может быть решен с помощью понятийного аппарата, а требует эмоционального и невербального опыта, поскольку переход из одной ранней стадии развития в другую осуществляется, главным образом, на базе невербальных механизмов.

Ограниченность возможностей вербальной работы с психотическими пациентами обусловлена еще и следующими обстоятельствами.

1. *Процессы мышления у психотических больных искажены* из-за нарушения базисных нейропсихологических функций — концентрации внимания, памяти, выделения релевантных стимулов, нарушения селективного внимания, декодирования и распознавания похожих сигналов, сохранения информации для последующего ее извлечения и формирования суждений и умозаключений, как дедуктивных, так и по аналогии [Berner H.D. et al, 1992; Spring B. J., Radvin L., 1992].

2. *Аналитический процесс у этих пациентов, как правило, приобретает интроспективный характер* [Райкфорт Ч., 1995], подразумевающий объективное исследование себя. Тем самым усиливаются и без того гипертрофированные у таких больных аутистические свойства психики, что не может способствовать улучшению их клинического состояния, а, скорее, увеличивает искаженное представление об окружающем мире. Больные шизофренией испытывают значительные затруднения в интегрировании сложных, зачастую противоречивых, стимулов среды: большое количество одновременно воспринимаемой информации, богатой сложно организованными связями, вызывает у них «когнитивный диссонанс» [Фестингер Л., 1999] и растерянность. Попытки до-

полнить и без того сложную для восприятия пациентов объективную реальность новыми связями, отражающими их индивидуальное, историческое прошлое, могут вызывать дополнительную нагрузку на процессы психической адаптации, что приводит в итоге к стрессу. Сильные эмоции, всегда сопровождающие самоанализ, не редуцируются у больных шизофренией так быстро, как у невротических пациентов, вследствие того, что их психологическая защита более слаба и примитивна [Мак-Вильямс Н., 1998; Кренберг О., 2000].

ПОКАЗАНИЯ

Следует отметить ряд общих положений, которые определяют психологические особенности больных психотического уровня, к которым наиболее применима эта методика. Эти пациенты:

- вследствие энергетического дефекта неспособны к длительным беседам;
- с трудом воспринимают разноплановую когнитивную информацию;
- в эмоциональном плане чрезмерно чувствительны, но, кроме того, еще и неадекватны: могут демонстрировать непредсказуемую реакцию тревоги в ответ на самые неожиданные стимулы, часто еще и парадоксальные по содержанию;
- как правило, имеют длительный опыт искаженных или даже трагических отношений с членами семьи и различными социальными системами и вследствие этого избыточно недоверчивы и настороженны;
- их механизмы психологической защиты примитивны и недостаточны для быстрой и надежной нейтрализации возникающей по малейшим поводам тревоги;
- у них, как правило, значительно нарушена способность к адекватной социальной перцепции, и они часто не понимают стандартных социальных ситуаций и не имеют навыков поведения в них.

Данный психотерапевтический метод показан к применению в реабилитационном процессе в условиях клиники эндогенных психозов, дневных, ночных и круглосуточных стационаров при определении целей и задач реабилитационной работы по адаптации психически больных к жизни в здоровом обществе. В осо-

бенности метод показан пациентам с обсессивно-фобическими расстройствами. Может успешно применяться в психосоматической медицине и клинике неврозов.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Противопоказаний практически нет, но есть общие для всех измерительных инструментов ограничения, в целом обусловленные интеллектуальным дефектом или незрелостью личности больного.

Относительными противопоказаниями для применения методики являются условия, при которых:

- 1) у человека имеются выраженные когнитивные нарушения, снижение умственной работоспособности, предполагающие неспособность понимать инструкцию и следовать указаниям психотерапевта;
- 2) наличие острого психотического состояния.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕТОДА

Психотерапевтическая процедура не требует применения специального оборудования или какой-либо техники, кроме стандартных листов бумаги форматом А4 и цветных карандашей.

Листы бумаги выдаются пациенту для самостоятельного заполнения по специально разработанному плану. Интерпретация осуществляется поэтапно пациентом и врачом-психотерапевтом или психологом соответственно процедуре проведения сессий.

ОПИСАНИЕ МЕТОДА

Вся процедура арт-анализа состоит из следующих фаз:

- 1) *арт-терапевтической концентрации на проблеме;***
- 2) *свободных арт-ассоциаций;***
- 3) *интерпретации полученного арт-терапевтического материала.***

1. Фаза арт-терапевтической концентрации на проблеме. Врач предлагает пациенту сконцентрироваться на представлении о своей проблеме и изобразить ее на рисунке. Пациенту дается инструкция, предполагающая, что у него нет иной возможности объяснить свои переживания, кроме той, чтобы выразить их с помощью рисования. Для этого обычно говорится следующее: «Представьте себе, что Вы видите меня в первый раз, а у меня нет возможности Вас слышать и задавать уточняющие вопросы. Вы также не умеете писать. Единственная возможность объяснить проблему — это рисунок». Независимо от того, что изображает пациент на первом рисунке, врач заявляет, что ему не понятен смысл рисунка и просит изобразить проблему иначе. Так повторяется до тех пор, пока пациент не начинает рисовать примерно один и тот же сюжет, либо категорично утверждать, что больше ему ничего не приходит в голову. После этого наступает следующая фаза арт-анализа.

2. Фаза свободных арт-ассоциаций. На этом этапе пациента просят рисовать все, что ему приходит в голову в связи с последним рисунком. Инструкции, которые даются пациенту, аналогичны тем, которые используются при проведении метода свободных ассоциаций в психодинамической терапии. Пациент не должен отмечать приходящие к нему образы в связи с их субъективной нелепостью, малозначимостью, позорностью и т. п. При этом каждый новый рисунок становится источником ассоциаций для последующего. Часто, чтобы облегчить процесс ассоциативного рисования, пациенту говорится следующее: «Вспомните, как какой-нибудь запах или мелодия навевают у Вас воспоминания о конкретных событиях из Вашей жизни или провоцируют появление эмоциональных переживаний. Аналогичным стимулом для Вас должен быть каждый созданный Вами рисунок». В такой манере делается максимальное количество рисунков.

3. Фаза интерпретации полученного арт-терапевтического материала. После того, как заканчивается рисование серии ассоциативных рисунков, они нумеруются в том порядке, в каком создавались, и пациент должен

рассказать о том, что именно он рисовал. Врач в это время просто эмпатийно реагирует на чувства, которые возникают у пациента в процессе рассказа. Вербальные интерпретации, уводящие к двусмысленной трактовке реальности, по возможности пресекаются. Для этого врачом используются методы экспрессивной терапии [Мак-Вильямс Н., 1998; Кренберг О., 2000]. Наиболее важным для психотерапевтической работы с больными шизофренией является тот факт, что они находятся в состоянии внутренней паники, испытывают постоянное чувство незащищенности и всегда готовы поверить в неизбежность фатальных обстоятельств. Поэтому применять к ним какие-либо подходы, допускающие некоторую долю двусмысленности (как это практикуется при работе с невротическими пациентами), недопустимо. Интенсивность вербальной проработки содержания рисунков зависит от степени тяжести расстройств, имевшихся у пациента.

Этап рисования (фаза свободных арт-ассоциаций) и вербальное общение между пациентом и терапевтом (фаза интерпретации полученного арт-терапевтического материала) производятся последовательно. Это необходимо, по нашему мнению, для того, чтобы пациент полностью погружался в переживания, связанные с создаваемыми образами.

В отличие от аналитической техники свободных ассоциаций, арт-анализ позволяет проводить методику свободных ассоциаций симультанно, без разделения образных представлений вербальными интерпретациями [Spense D.P., 1982]. В результате оказывается возможным, минуя когнитивный контроль (что особенно важно для психотических больных), «выйти» на фокусную проблему пациента, удержать его в рамках этой проблемы и безопасно выявить все возникающие ассоциации, а не только те, которые пациент решил вербализовать для терапевта. В процессе арт-анализа структурируется изначально диффузное представление пациента о проблеме и собственном «Я», его выхолащенные когнитивные схемы обогащаются более эмоционально окрашенными символами. Проработка травматических ситуаций происходит одновременно с включением механизмов ранних объектных отно-

шений, а эмоциональное отреагирование — в безопасных границах переноса на объект рисования, а не на терапевта. Больной постепенно обучается преодолевать сопротивление к восприятию волнующих образов и получает возможность «выхода» на травматические переживания без глубокой регрессии в актуальном поведении. Таким образом, удается осуществить большую часть этапов аналитической процедуры, избегая опасности активизировать психотические механизмы. Эта методика позволяет взрослым людям с психотическими нарушениями в полной мере пережить ранние стадии развития и терапевтически трансформировать их инфантильный или искаженный опыт общения с объектами реальности.

С содержательной или, лучше сказать, с психодинамической стороны можно выделить следующие этапы арт-аналитической процедуры:

- экстернализация интроецированного объекта;*
- перенос на «экстернализованный» объект;*
- серия переносов в манере свободных ассоциаций на последующие экстернализуемые объекты;*
- неосознанная проработка динамики анализируемой ситуации;*
- достижение эго-дистонности пациента во время терапии: появление терапевтического расщепления между наблюдающей и ощущающей частями «Я» [Sterba R.F., 1934], проявляющееся в отношениях между индивидуумом и ситуацией на рисунке (появление рисунков с социальной динамикой);*
- изменение эмоционального отношения к значимым символическим объектам на основе довербальных психологических механизмов;*
- интеграция «объект-переноса» на создаваемый образ с переносом на терапевта и другие реальные фигуры.*

Каждый из этих этапов совмещается с фазами арт-анализа (табл. 1)

Соотношение этапов интрапсихической динамики пациента
и технических фаз арт-анализа

Этапы интрапсихической динамики пациента	Технические фазы арт-анализа
Экстернализация интроецированного объекта Перенос на «экстернализированный» объект	Арт-терапевтическая концентрация на проблеме
Серия переносов в манере свободных ассоциаций на последующие экстернализируемые объекты; Неосознанная проработка динамики анализируемой ситуации; Достижение эго-дистонности пациента во время терапии; Изменение эмоционального отношения к значимым символическим объектам;	Свободные арт-ассоциации
Интеграция «объект-переноса» на создаваемый образ с переносом на терапевта.	

Часто важно, чтобы пациент во время рисования перешел от абстрактно-символических изображений к изображению более конкретных объектов и образов, связанных с ситуациями из своей жизни. Такие рисунки становятся основой для диагностики и терапии; как писала А. Freud (1965), «посредством экстернализации все внутреннее поле битвы становится внешним». Пациент получает возможность взаимодействовать (когнитивно и эмоционально) с достаточно устойчивыми и недвусмысленными образами, формировать границу между собой и объектами рисунка и сепарироваться от них в безопасной терапевтической ситуации, не прибегая к их преждевременной вербальной оценке. Такую ситуацию, возникающую во время арт-анализа, В.В.Зайцев назвал *графический регрессом*.

Графический регресс является частным проявлением базовой адаптивной способности психического аппарата возвращаться, в случае необходимости, к предыдущей точке развития. В процессе терапии создаются условия, позволяющие не просто изменять проблемы прошлого в ситуации «здесь и сейчас», а безопасно фактически воссоздать ситуации их возникновения, моделируя переносы (аналогичные отношениям с «переходными» объектами у детей), описанные D.Winnicott (1958). Этот феномен достоверно выявляется только во время арт-анализа в серии возникающих у пациента переносов на экстернализированные (в процессе последовательного фокусированного на проблеме и ассоциативного рисования) значимые объекты или части объектов. Такая ситуация помогает взрослому, но «застрявшему» на ранней стадии развития объектных отношений человеку, осуществить символический переход от состояния зависимости к состоянию уверенности и идентичности. Таким образом, пациент получает возможность развить когнитивно-эмоциональные (лишенные вербального компонента) реакции на собственные внутренние символы, связанные с фиксацией на ранних стадиях развития (особенно «симбиотической» и «сепарации — индивидуации»), или на символах конфликтов в эдипальных отношениях.

В результате свободных ассоциаций, отражающихся в серии рисунков, могут проясняться содержание и смысл переживаний пациентов. У психотических больных такое понимание достигается на бессознательном уровне, спонтанно, благодаря врожденной способности человека к постепенному обретению своей идентичности и независимости в раннем возрасте. Поэтому больные зачастую испытывают эмоциональное облегчение, даже не осознав подлинного смысла своих «произведений», а социально-реабилитационный результат терапии проявляется еще позже.

Интересно отметить, что больные с выраженными когнитивными расстройствами обычно сами не стремятся обсуждать смысл нарисованного до тех пор, пока не происходит изменение стереотипа изображения проблемы — от чрезмерно абстрактного к конкретному или от разорванных рисунков (часто

психотического содержания) — к связанным между собой сюжетам. Нередко врач косвенно может помочь пациенту продвигаться от символических изображений к изображению конкретных событий и от бессознательных переживаний — к сознательным представлениям, одновременно стараясь снизить уровень их эмоционального напряжения, главным образом, благодаря эмпатийному принятию всех нюансов поведения пациента. Наиболее эффективна арт-аналитическая техника работы у пациентов с длительно существующими терапевтически резистентными обсессивно-компульсивными расстройствами.

В процессе арт-анализа возникают **ситуации психологического сопротивления** проводимой терапии, которые проявляются следующим образом:

1) в отказе рисовать потому, что пациент:

а) не умеет рисовать;

б) не знает, что рисовать;

в) устал;

г) не понимает, зачем все это надо;

2) в нарочито стереотипном повторении сюжета рисунка;

3) в рисовании «штампов» (например, элементов плакатов и рекламы);

4) в циркуляции сюжетов нескольких рисунков.

В такой ситуации больному необходимо объяснить, что качество рисунка не имеет значения, и даже лучше то, что он не умеет хорошо рисовать, так как это способствует более четкому изображению проблемы (еще лучше сделать это с самого начала, чтобы по возможности избежать ситуации отказа, мотивированного неумением рисовать). Можно также предложить пациенту сделать рисунок на тему любой свободной ассоциации, которая приходит ему в голову, либо уточнить некоторые детали предыдущего рисунка, либо нарисовать, что он хочет в данный момент, или изобразить, что происходит с ним сейчас. Необходимым условием является невмешательство врача в процесс рисования, если пациент продолжает уточнять свои рисунки сам.

Мы предполагаем (на основании предварительных наблюдений), что многократное применение методики арт-анализа способствует когнитивному

восстановлению психотических пациентов, но не за счет бихевиорального принципа тренировки, широко распространенного в других психотерапевтических моделях [Гончарская Т.В., Мальков Н.Р., 1984; Berner H.D. et al., 1992; Lehman F.L., 1995], а за счет психодинамического принципа переживания раннего эмоционального опыта и восстановления сигнальной функции аффекта [Гайсон Ф., Тайсон Р.Л., 1998].

Следует отметить, что арт-анализ хорошо сочетается с другими психокоррекционными техниками и при проведении психотерапии больным шизофренией врач может опираться на множество имеющихся психотерапевтических подходов и методик, определяя конкретный их «набор» в зависимости от индивидуальных особенностей пациента.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА

Для оценки эффективности работы психотерапевтической техники арт-анализа, параллельно с арт-анализом проводились психодинамические группы, группы поведенческой психотерапии. Было обследовано 90 пациентов больных эндогенными психозами (с диагнозами шизофрении, шизоаффективное расстройство, биполярное аффективное расстройство), использовались следующие психологические методики: «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) [Вассерман Л.И. с соавт., 1999], «Способы копинга» [R.Lazarus, S.Folkman, 1984], «Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ)» [Вассерман Л.И. с соавт., 1987], «Интегративный тест тревожности» (ИТТ), а также самоотчеты больных. Участники групп были согласованы по возрасту, полу и диагнозам.

Получены достоверные различия по ряду психологических методик ($P \leq 0,03$).

1. При проведении поведенческой групповой психотерапии выявлено:
а). уменьшение ряда показателей защитных механизмов (компенсации, проекции, вытеснения); (Таб.2) б). изменение в сторону более конструктивных

копинг-стратегий (увеличение показателей конфронтации, самоконтроля, поиска социальной поддержки, планирования решения проблемы, положительной самооценки и уменьшение показателей дистанцирования, бегства-избегания); (Таб.3) в). выраженное уменьшение показателя неврастенического типа отношения к болезни и увеличение показателя гармонического (адаптивного) типа отношения к болезни (Таб.4); Уменьшение показателя общей тревожности, уменьшение эйдического компонента тревоги (Таб.5).

Таблица 2.

Показатели механизмов психологической защиты
пациентов поведенческой группы

№ за-мера	Механизмы психологической защиты							
	Отрица-ние	Регрес-сия	Вытес-нение	Компен-сация	Проек-ция	Замеще-ние	Интеллек-туализация	Реактив. образо-вание
1	42,2	64,1	83,4	66,7	44,2	49,5	56,2	59,8
2	43,5	57,3	81,4	50,1	31,3	38,1	52,0	56,1

Примечание: здесь и далее.

1. Данные на момент начала группы;
2. Данные на момент окончания группы

Таблица 3.

Показатели копинг-стратегий пациентов поведенческой группы

№ за-мера	Копинг-стратегии							
	Кон-фронт.	Дистан-цир.	Самокон-троль	Поиск соц. под-держки	Приня-тие от-ветств.	Бегст-во	Планиро-вание	Поло-жит. пере-оценка
1	37,04	56,79	62,96	61,11	61,11	50,93	56,17	38,69
2	46,03	47,76	71,86	69,04	61,9	42,26	68,25	42,92

Таблица 4.

Показатели типов отношения к болезни пациентов поведенческой группы

№ за-ме-ра	Типы отношения к болезни											
	Гар-мон.	Эрго-пат.	Ано-зо-гноз	Тре-вож.	Ип-о-хон-д.	Нев-ра-стен	Ме-лан-холл	Апа-тич.	Сен-сив.	Эго-цент-р.	Па-ра-но-ял.	Дис-фор.
1.	0	0,22	0	0,11	0,11	0,33	0,22	0,33	0,14	0,22	0,11	0,11
2.	0,14	0,14	0,28	0	0,28	0	0,28	0,28	0,11	0,28	0	0

Таблица 5.

Показатели интегративного теста тревожности
пациентов поведенческой группы

№ за-ме-ра	Компонеты тревоги					
	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ	Общий балл
1.	7,50	7,75	8,12	6,50	6,90	7,75
2.	4,75	5,75	6,75	5,37	6,375	5,87

Примечание: здесь и далее.

ЭД - эмоциональный дискомфорт

АСТ – астенический компонент тревоги

ФОБ – фобический компонент тревоги

ОП – тревожная оценка перспективы

СЗ – социальные реакции защиты

2. При проведении психодинамической групповой психотерапии наблюдалось: а) повышение показателей поздних, более зрелых защитных механизмов (реактивного образования и интеллектуализации и снижение показателей незрелых защитных механизмов (отрицания, вытеснения), уменьшение показателя компенсации. У отдельных пациентов наблюдался существенный рост показателей по механизму регрессии (56-67проц.) (Таб.6); б) изменение показателей копинг-стратегий: повышение конфронтации, некоторое увеличение поиска социальной поддержки, снижение показателей дистанцирования, бегства-избегания (Таб.7); в) значительно возросли показатели эргопатического и ано-

зогнозического типов отношения к болезни и снизились показатели неврастенического и паранояльного типов отношения к болезни (Таб. 8); г) уменьшился эйдический компонент и в меньшей степени фобический, астенический и тревожная оценка перспективы (Таб.9). Тем самым, показатели общей тревожности у больных прошедших динамическую группу менее снизились, чем у больных после прохождения поведенческой группы, что может быть связано с необходимостью более длительного времени на переосмысление и переработку полученной в ходе группы информации с «поломкой» «старого защитного стиля» и формированием новых механизмов психологической адаптации.

Таблица 6.

Показатели механизмов психологической защиты
пациентов психодинамической группы

№ замера	Механизмы психологической защиты							
	Отрицание	Регрессия	Вытеснение	Компенсация	Проекция	Замещение	Интеллектуализация	Реактив. образование
1	67,83	65,33	59,67	62,83	50,17	37,83	61,67	67,33
2	56,33	67,17	41,67	53,67	51,50	37,50	72,17	84,50

Таблица 7.

Показатели копинг-стратегий пациентов динамической группы

№ замера	Копинг-стратегии							
	Конфр.	Дистанц.	Самоконтр.	Поиск соц. поддержки	Принятие ответств.	Бегство	Планирование	Положит. переоценка
1	41,26	54,75	63,94	62,69	72,61	55,95	65,35	59,85
2	46,03	47,62	64,62	65,87	69,04	50,59	62,70	57,85

Таблица 8.

Показатели типов отношения к болезни пациентов психодинамической группы

№ замера	Типы отношения к болезни											
	Гармон.	Эропат.	Анозогноз	Тревожный	Ипохон.	Неврастен.	Меланхолл.	Апатич.	Сенситив.	Эгоцентр.	Параноял.	Дисфор.
1.	0,286	0,143	0	0,143	0	0,143	0,286	0,429	0,143	0,143	0,143	0,143
2.	0,286	0,429	0,286	0,286	0	0	0,286	0,429	0,143	0	0	0,143

Таблица 9.

Показатели интегративного теста тревожности
пациентов психодинамической группы

№ Замера	Интегративный тест тревожности					
	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ	Общий балл
1.	7,0	7,6	7,2	7,6	5,6	7,6
2.	5,8	6,6	5,8	6,6	6,0	6,4

3. При проведении группового арт-анализа отмечалось а) *существенное уменьшение* (больше чем в поведенческой группе и динамической группах) показателей незрелых защитных механизмов: отрицания, проекции и вытеснения, увеличение более зрелых механизмов: интеллектуализации, реактивных образований и компенсации. (Таб.10). б) Изменение показателей копинг-стратегий заключалось в снижении показателей конфронтации, показателей дистанцирования, увеличения показателей принятия ответственности, положительной переоценки (выше чем в динамической группе и выше чем в поведенческой) (Таб. 11); в) Значительно возросли показатели эропатического и анозогнозического типов отношения к болезни (выше, чем в группах сравнения) и

снизились показатели неврастенического и паранояльного и сенситивного типов отношения к болезни (Таб.12). Существенно понизились показатели общей тревоги, особенно фобического и астенического компонентов (Таб.13) .

Таблица 10.

Показатели механизмов психологической защиты по арт-анализу

№ замера	Механизмы психологической защиты							
	Отрицание	Регрессия	Вытеснение	Компенсация	Проекция	Замещение	Интеллектуализация	Реактив. образование
1	58,3	66,2	61,0	59,0	67,0	40,4	60,5	41,4
2	36,2	58,4	32,0	67,2	59,0	38,5	67,6	56,8

Таблица 11.

Показатели копинг-стратегий пациентов, прошедших арт-анализ

№ замера	Копинг-стратегии							
	Конфр.	Дистанц.	Самоконтр.	Поиск соц. поддержки	Принятие ответств.	Бегство	Планирование	Положит. переоценка
1	53,30	65,60	62,67	48,80	58,90	60,60	48,20	56,30
2	45,10	39,20	59,56	58,90	61,20	51,20	50,10	63,20

Таблица 12.

Показатели типов отношения к болезни пациентов при проведении арт-анализа

№ замера	Типы отношения к болезни											
	Гармон.	Эргопат.	Анозогноз.	Тревожный	Ипохонд.	Неврастен.	Меланхолл.	Апатич.	Сенситив.	Эгоцентр.	Параноял.	Дисфор.
1.	0,286	0,143	0	0,286	0	0,143	0,286	0,429	0,143	0,143	0,143	0,143
2.	0,286	0,521	0,286	0,143	0	0	0,286	0,429	0,143	0	0	0,143

Таблица 13.

Показатели по интегративному тесту тревожности, прошедших арт-анализ

№ Заме ра	Показатели компонентов тревоги					
	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ	Общий балл
1.	7,8	7,9	8,4	6,7	6,9	8,2
2.	5,6	4,8	4,2	4,3	5,5	4,6

Можно предположить, что проведение поведенческой психотерапии способствует развитию более адаптивных копинг-стратегий, что оптимизирует стратегии действия личности; психодинамическая психотерапия способствует изменению защитных механизмов от незрелых к более зрелым, иногда формируя промежуточный «защитный стиль», который тесно связан с имеющимся у личности конфликтом и в ходе психотерапии может быть изменен. «Поломка» привычного для конкретной личности защитного стиля ведет к созданию промежуточного защитного стиля, который будет функционировать необходимое для адаптации личности к новым способам реагирования время, после чего возможно понижение выраженности отдельных защитных механизмов (например регрессии, вытеснения) и формирование характерного для данной личности новой структуры.

Арт-анализ является объединяющим методом коррекции, воздействуя как на механизмы психологической защиты, так и способствуя выработке адаптивных копинг-стратегий. Проведение этой техники приводит к сокращению времени возникновения действия промежуточного защитного стиля, о чем свидетельствует уменьшение показателей регрессии, вытеснения к концу проведения психотерапевтического метода, тогда как, при проведении психодинамической группы это явление в ряде случаев возникает по истечении 2-3-х месяцев после окончания группы, что выявляется при проведении катамнестического исследования.

Проведение арт-анализа существенно уменьшает показатели тревоги. Показатель общей тревожности, ее фобического и астенического компонентов снизились практически на 50% и достигли нормативных. По самоотчетам больных у 65% пациентов практически полностью исчезли навязчивые страхи и действия, 90% пациентов отмечали повышение состояния психологической комфортности. Полученные данные могут быть использованы для разработки психокоррекционных программ с целью улучшения интрапсихической адаптации.

Описываемая объединенная методика позволяет решать многие типовые задачи определения наиболее уязвимых или опорных зон адаптации больного к жизни с помощью индивидуальных или групповых занятий, а также поиска терапевтических путей воздействия на дезадаптивные сферы жизни личности, воздействуя на бессознательное, бережно работая с психологическими механизмами адаптации больного.

В обобщенном виде эффективность применения психодиагностического блока на практике кратко может быть представлена следующим образом:

1.Объективация психотерапевтических рекомендаций:

- 1)Повышение процента трудовой реадaptации (на 16 %).
- 2)Увеличение продолжительности ремиссий (в 1,3 раза).
- 3) Уменьшение тревоги на 50%
- 4) Уменьшение обсессивно-фобической симптоматики на 65%
- 5) Повышение субъективного ощущения социально-психологической комфортности на 90%.

2.Сокращение времени работы психотерапевта (до 10-12 сессий вместо 24 сессий).

Таблица 13.

Средние показатели эффективности реабилитационной работы на примере группы пациентов, страдающих обсессивно-фобической симптоматикой

Основания работы	Психотерапевтическая работа на основании субъективных наблюдений и традиционных методов (повед., динамич. терапии, арт-терапии).	Психотерапевтическая работа на основании данных арт-анализа.
Показатель		
Средняя продолжительность ремиссии (в месяцах)	10	12
Процент трудовой реадaptации	32	40

Рекомендация. Предложенное пособие целесообразно рекомендовать для дальнейшего применения в практической работе психиатров и психологов, занимающихся психотерапией и психокоррекцией с больными эндогенными психическими заболеваниями, а также невротами, психосоматозами, в особенности в работе с пациентами, имеющими обсессивно-фобическую симптоматику в рамках различных заболеваний.

При этом следует иметь в виду, что данное пособие имеет минимальные ограничения по обследуемым контингентам и решаемым терапевтическим задачам. Внедрение данного метода в широкую психиатрическую практику позволит более эффективно решать широкий класс задач, обеспечивая возможность достижения оптимальных результатов реабилитации психически больных.

В заключение можно сказать: методика проведения арт-анализа решает ряд задач, связанных с психической адаптацией пациента, обладает высокой информативностью относительно наиболее существенных терапевтических феноменов, может и должна использоваться как в научных, так и в практических целях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бизюк А.П. Компьютеризованная экспресс-методика самооценки тревожности// Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева, № 3–4. — СПб, 1995.
2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я.. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни. Методические рекомендации. — СПб.: 2001. — 33с.
3. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б., Беребин М.А., Петрова Н.Н., Беспалько И.Г., Аристова Т.А., Осадчий И.М.. Психологическая диагностика Индекса жизненного стиля (Пособие для врачей и психологов). — СПб: Изд-во НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 1998. — 48с.
4. Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении/ В.Д.Вид. — СПб., 1993.— 236 с.
5. Винникотт Д.В. Маленькие дети и их воспитание/ Д.В.Винникотт. — М.: Класс, 1998. — С. 68-69.
6. Гант Л. Арт-терапевтические исследования. Л.Гант// Исцеляющее искусство. — 1998. — № 2. — С. 24–36.
7. Зайцев В.В. Влияние семейных отношений на социальную адаптацию и качество жизни больных шизофренией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук/ В.В.Зайцев. — СПб., 1999. — 23 с.
8. Карвасарский Б.Д., Абабков В.А, Васильев А.В. и др. Копинг-поведение у больных неврозами и его динамика под влиянием психотерапии. СПб, 1997.
9. Кренберг О. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии/ О.Кренберг. — М.: Класс, 2000. — С. 36–39.
10. Копытин А.И. Практикум по арт-терапии/ А.И. Копытин.- СПб.: Питер, 2000. — 443 с.
11. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксёнова И.О., Шейнина Н.С., Зайцев В.В.. Шизофрения: уязвимость — диатез — стресс — заболевание. — СПб, 2004.

- 12.Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика/ Н.Мак-Вильямс. — М.: Класс, 1998. — 474 с.
- 13.Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса/ Л.Фестингер. — СПб.: Ювента, 1999. — С. 15–53.
- 14.Шейнина Н.С., Аристова Т.А.. Особенности проведения групповой психотерапии у разных контингентов психических больных / Психология и психотерапия. Материалы IV Всероссийской конференции. — ИМАТОН, 2002. — С.182-192.
- 15.Хайкин Б.С. Арт-терапия в восстановительной терапии психических больных/Р.Б.Хайкин// восстановительная терапия психических больных/ Под ред. М.М.Кабанова, К.В.Корабельникова, Р.А.Зачевицкого. — Л., 1977. — С. 107–116.
- 16.Berner H.D. Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia/ H.D. Berner, B. Hodel, V.Roder, P.Corrigan// Schizophr. Bull. — 1992. — Vol. 18. — P. 21–27.
- 17.Ernst J. L'aide psychologique aux psychotiques/ J.Ernst// J.Sci. med. Lille. — 1977. — Vol. 95. — P.329–334.
- 18.Freud A. Normality and pathology in childhood: Assessment of developments/ A.Freud. – The writings of Anna Freud. N.Y.: Int.Univ.Press, 1965. — V.6.
- 19.Goth N. Zum Problem der negativen Effekte in der Psychotherapie/ N.Goth, J.Goth, J.Weigelin// Psychiat. Neurol. med. Psychol. — 1980. — Bd. 32. — S. — 550–556.
- 20.Lazarus R.S., Folkman S. Coping and adaptation.// W.D.Gentry (Ed.). The handbook of behavioural medicine. — N.Y., 1984. — P. 282–325.
- 21.Lehman F.L. Vocational rehabilitation in schizophrenia/ F.L. Lehman// Schizophr. Bull. — 1995. — Vol. 21. — P. 652–654.
- 22.Mahler M.S. A study of separation – individuation process and its possible application to borderline phenomena in psychoanalytic situation/ M.S.Mahler// Psychoanal. Study Child. — 1971. — Vol. 26. — P. 403–424.

23. Minkoff K. Paradoxes faced by residents being trained in the psycho-social treatment of people with chronic schizophrenia/ K. Minkoff, R. Stern// *Hosp. commun. Psychiat.* — 1985. — Vol. 36. — P. 859–864.
24. Spense D.P. In some clinical implications of action Language/ D.P. Spense// *J. Am. Psychoanal. Assoc.* — 1982. — Vol. 30. — P. 169–184.
25. Spring B. Cognitive premeditation in schizophrenia: Should We Attempt it?/ B. Spring, L. Radvin// *Sch. Bull.* — 1992. — Vol. 18. — P. 15–20.
26. Sterba R.F. The fate of the ego in analytic therapy/ R.F. Sterba// *Int. J. of Psychoanal.* — 1934. — Vol. 15. — P. 117–126.
27. Zaitsev V.V. A “graphical regression” phenomenon in the process of group and individual arttherapy// 13-th World Congress WADP, XXV-th International Symposium DAP, Physiologicum Ludwig-Maximilians-University Munich, March 13-17 2001. — Abstract.