

Секция «Психологическое консультирование и психотерапия: теоретические, исследовательские и прикладные аспекты»

Сравнительный анализ эффективности терапии театром пациентов с шизофренией при разной длительности болезни

Научный руководитель – Антонова Анастасия Александровна

Ботвиненко Е.В.¹, Буданова А.Т.²

1 - Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского, Саратов, Россия; 2 - Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского, Факультет психологии, Саратов, Россия

Театр-терапия — это вид арт-терапии, использующий искусство как терапевтический фактор. Терапия театром получила широкое распространение в психореабилитации больных шизофренией. Она направлена на восстановление, формирование недостаточных или утраченных ресурсов личности, навыков, умений взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладания у психически больных, имеющих изъяны в социальной адаптации [1].

Существует множество определений шизофрении, при этом все трактовки объединяет выделение расстройств, затрагивающих практически все сферы психической деятельности - мышление, эмоции, память и поведение [3].

Работа нашей театральной студии нацелена на определение возможностей театр-терапии в комплексном лечении и реабилитации больных шизофренией [2], воздействие на коммуникативную компетентность, волевую саморегуляцию, когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты личности пациента. Работа проводилась на базе психиатрических отделений ГУЗ «СГКБ № 2 им. В. И. Разумовского». В постановке приняли участие пациенты с диагнозом "Шизофрения" (4 человека) и условно здоровые люди (6 студентов).

Нами было организовано исследование, с целью оценить эффективность терапии театром для больных шизофренией при разной длительности заболевания на примере описания клинических случаев (Рис.1). Длительность заболевания пациентки И. составляла 1 год, а пациента Р. - 40 лет.

Использовались следующие методики:

- 1) Методика исследования волевого самоконтроля.
- 2) Методика диагностики коммуникативной социальной компетентности (КСК).
- 3) Тест межличностных отношений Т. Лири.

Замеры производились до начала участия пациентов в спектакле и по его завершению. Подготовка заняла 1,5 месяца, со встречами с группой 2 раза в неделю.

На фоне проведенной терапии не было выявлено значительных сдвигов в волевой сфере у обоих пациентов. Однако у пациентки И. наблюдалась небольшая положительная динамика по шкале «Самообладание» и общей шкале «Волевой самоконтроль», что, может быть, связано с большей сохранностью данной психической функции. Экстремальная степень выраженности значений по тесту Лири выявлена у пациентки И. в начале работы - шкалы «Эгоистичный» (14 и 14), «Агрессивный» (13 и 8), «Подозрительный» (14 и 7), «Подчиняемый» (13 и 9), высокую степень мы наблюдаем по шкале «Авторитарный» (11 и 6). Подобные оценки пациенткой реального «Я» мы объясняем пониженной критичностью к своему состоянию на начальном этапе терапии, а также гипертрофированным чувством

вины. Следует отметить, что в образе «Я-идеальный» в шкалах «Агрессивный», «Подозрительный», «Авторитарный» есть тенденция к снижению значений до адаптивных. Для поведения пациентки И. были характерны опасения обидеть кого-то, боязнь по отношению к окружающим в связи собственными «проступками». И. была довольно необщительной, взаимодействие с окружающими характеризовалось отрицательным показателем «Дружелюбия» (-9,6 и -1,1), что указывает на агрессивно-конкурентную позицию, хотя октант «Дружелюбный» (9 и 9) свидетельствует о желании «быть хорошим» для всех. Высокие показатели альтруистичности также свидетельствуют об ориентации на социальное одобрение. Октант «Зависимый» и шкала доминирования, сопряжены с предыдущими шкалами. Так, пациентка И. воспринимала себя послушной, боязливой, склонной к подчинению и отказу от лидерства.

При повторном тестировании октанты, бывшие в экстремальных и высоких баллах, снизились до адаптивных значений. При этом, если «Авторитарный» снизился в «Я-реальное», то в «Я-идеальное» напротив возрос до высоких значений (3 и 11). Идеальный образ «Я» претерпевает повышение претензий в таких шкалах как, «Доминирование» (-5,9 и 13,6), «Подчиняемый» (11 и 3). Таким образом, И. желает повысить свою способность к лидерству в общении, стать менее уступчивой и робкой. Вместе с тем показатель дружелюбия демонстрирует сильную положительную динамику (6,5 и 4). Пациентка стала более активной, общительной, шутила, и все меньше наблюдалось самобичевание и неадекватная боязнь обидеть окружающих (Рис.2).

Тестирование пациента Р. в начале терапии также подкрепляет данные анамнеза. Октант «Альтруистический» (11 и 13) указывает на навязчивость, излишнюю активность по отношению к окружающим, которая несколько усилилась по результатам терапии (13 и 14), также наблюдается повышение доминирования и снижение подчиняемости. В остальном значимой динамики по тесту Лири выявлено не было (Рис.3).

По методике КСК имеется противоположная динамика. Если И. отличалась рациональностью, больше полагалась на себя, то по окончании терапии стала больше тянуться к другим, с преобладанием художественного мышления (2/10). Результаты подкрепляются шкалой «М» и «А», указывающих на небольшую тенденцию к зависимости от группы и повышению открытости. У пациента Р. вышеперечисленные изменения имеют обратное направление, а высокая открытость снизилась до равновесия между открытостью и замкнутостью.

Таким образом, мы можем говорить о большей положительной динамике у пациентки с длительностью заболевания 1 год. Наблюдаются продуктивные изменения в поведенческой, эмоциональной сферах. И. стала менее критичной к себе, более общительной, инициативной, более компетентной в плане коммуникации с окружающими.

В дальнейшем мы планируем продолжить работу с больными шизофренией и включить в группу пациентов с биполярным аффективным расстройством, а также продолжить настоящее исследование, расширив выборку, дополнив исследование методами статистической обработки и группой сравнения с пациентами, получающими только медикаментозное лечение. Также мы планируем ввести в исследование группу контроля, чтобы получить возможность определить влияние именно терапии театром на пациентов с психиатрическим опытом.

Источники и литература

- 1) Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. 2-е изд. М.: ИД «Медпрактика-М»; 2007.
- 2) Дмитриева Т.Б., Краснов В.Н., Незнанов Н.Г., Семке В.Я., Тиганов А.С., ред. Психиатрия: Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009

- 3) Мосолов С.Н., ред. Биологические методы терапии психических расстройств. М:Социально-политическая мысль;2012.

Иллюстрации

	Пациент И.	Пациент Р.
Год рождения	1993г.	1955г.
Состав семьи	Семья полная; Младшая из двух детей	Семья полная; Младший из двух детей
Отягощение наследственностью	Самоубийство двоюродной бабушки по линии матери	–
Образование/работа	Посещала ДДУ. В школу пошла вовремя, училась хорошо, закончила 11 классов, затем строительный техникум. В настоящее время заочно учится на 3 курсе политехнического университета.	Образование среднее, работал плотником, фрезеровщиком. Отслужил в армии.
Семейное положение	Жила с молодым человеком в гражданском браке в течении 3 лет. Детей нет.	Женат, от брака взрослый сын.
Продолжительность болезни	Менее одного года.	С 1976г. – 40 лет (на момент проведения терапии)
Наличие инвалидности	–	Множественно лечился в различных психиатрических стационарах, является инвалидом 2 группы по психическому заболеванию.
Диагноз	Параноидная шизофрения; галлюцинаторно-параноидный синдром	Непрерывно-прогредиентная параноидная шизофрения; параноидный синдром
Психический статус	На беседу приходит после первого приглашения. Гипомимична. Лицо сальное. Речь дизартричная, замедленная. К внешнему виду безразлична. Ответы после пауз, выражение лица растерянное. Сознание не помрачено. Ориентирована всесторонне верно. Рассказывает, что слышит внутри головы мужские и женские голоса, которые дают советы, указания, говорят, что у нее давно не было секса, из-за этого все проблемы, мешают сосредоточиться. Считает, что ее «сглазили». Высказывает бредовые идеи толкования (считает, что «весь мир движется из-за нее», «Я что-то подумаю – машина засигналила»). Говорит, что «не чувствует мир», «не понимаю где реальность, а где нет». Мышление неясное, соскальзывающее, бредовое. Критика к болезни отсутствует, полностью погружена в переживания, при этом просит помощи, готова лечиться. Внимание рассеянное, быстро истощается. Фон настроения снижен, тревожна. Память и интеллект без грубой патологии. Суицидальных мыслей нет. В отделении держится отгорожено, общается по необходимости. Сон медикаментозный. Аппетит достаточный.	Выявлялась продуктивная симптоматика в виде зрительных псевдогаллюцинаций (внутренним взором видел «бегущую стоку», монитор компьютера); бреда особых способностей, толкования (считал себя особенным, говорил, что у него «выдающийся мозг», что он может лечить людей; поведение некоторых людей считал подозрительным, опасался, что его хотят украсть, а его мозг отдать актеру Караченцову). Был назойлив к окружающим с различными пустыми разговорами, говорил без умолка, было невозможно остановить его, вставить слово. Громко, на все отделение пел, на замечания не реагировал. Настроение временами приподнятое, но в основном монотонное. Не спал ночами. Критика к своему состоянию полностью отсутствовала.

Рис. 1. Выдержки из эпикриза пациентов

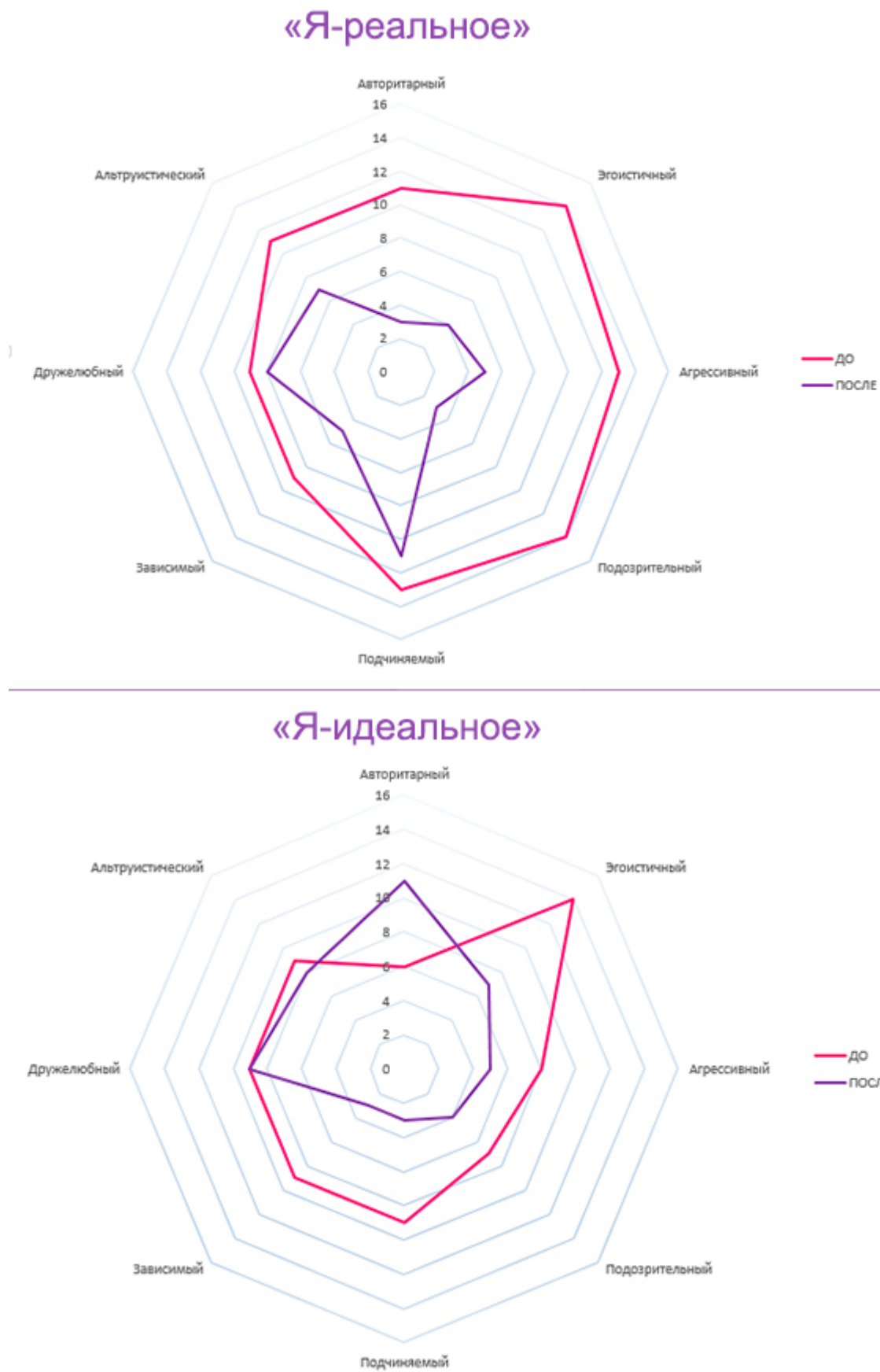


Рис. 2. Психограмма пациента И., построенная на основе результатов теста Т. Лири

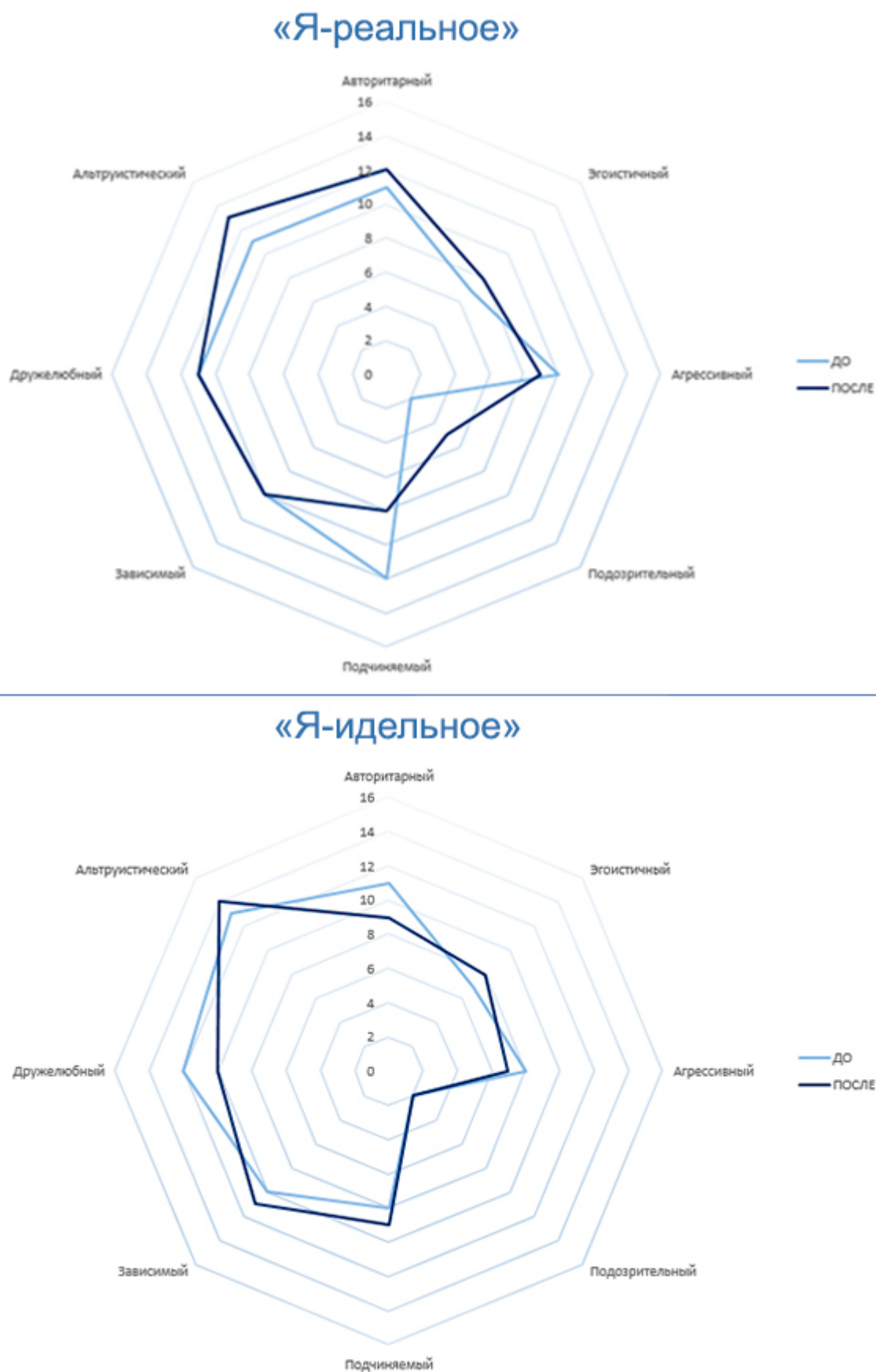


Рис. 3. Психограмма пациента Р., построенная на основе результатов теста Т. Лири