

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ  
ТА НАРКОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ»

**КРИШТАЛЬ ОЛЕКСАНДР ОЛЕКСІЙОВИЧ**

УДК: 616.895.8:364.622-785.4:7.02(043.3)

**АРТ-ТЕРАПІЯ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ТА  
РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ**

14.01.16 – психіатрія

Автореферат  
дисертації на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук

Харків – 2020

Дисертацією є рукопис

Роботу виконано в Харківському національному медичному університеті МОЗ України

**Науковий керівник:** доктор медичних наук, професор **Кожина Ганна Михайлівна**, Харківський національний медичний університет МОЗ України, кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи завідувач кафедри

**Офіційні опоненти:** доктор медичних наук, старший науковий співробітник **Колядко Світлана Петрівна**, Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», відділ пограничної психіатрії, провідний науковий співробітник

доктор медичних наук, професор **Венгер Олена Петрівна**, Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, завідувач кафедри

Захист відбудеться « 29 » жовтня 2020 р. о 13.00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.566.01 в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» за адресою: 61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» за адресою: 61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46.

Автореферат розісланий « 29 » вересня 2020 р.

Вчений секретар  
Спеціалізованої Вченої ради Д 64.566.01,  
кандидат медичних наук

Н.А. Байбарак

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Шизофренія – одне з найбільш поширених психічних розладів, що характеризується поліморфізмом психопатологічних проявів і призводить до несприятливих соціальних і економічних наслідків. Хворі на шизофренію займають до 50% ліжок психіатричних стаціонарів і дають один з найбільш високих відсотків непрацездатності (Юр'єва Л.М., 2017; Марута Н.О. та ін., 2018; Колядко С.П., 2019; Sartorius N., 2015; Castle David J., Buckley Peter F., Gaughran Fiona P., 2017).

За даними ВООЗ на шизофренію страждають 45 млн. осіб в усьому світі, при цьому реєструється 4,5 млн. нових випадків. Шизофренія посідає одне з провідних місць серед причин, які обумовлюють інвалідність: більше 60 % пацієнтів з шизофренією працездатного віку стають інвалідами. Інвалідизація осіб з цією патологією обумовлена клініко-психопатологічними та соціальними наслідками захворювання, до яких належать переважання негативних та когнітивних порушень, хронічний рецидивуючий перебіг, високий суїцидальний ризик, агресивність, безробіття, зниження соціального функціонування та якості життя пацієнтів (Ярославцев С.О., 2015; Мішиєв В.Д., 2016; Підкоритов В.С., 2017; Пшук Н.Г., 2017; Кушнір А.М., 2018, Tandon R., 2013; Charlson F.J., Ferrari A.J., Santomauro D.F. [et al.], 2016; Castle D.J., Buckley P.F., Gaughran F.P.).

В даний час в Україні ведеться робота з оптимізації функціонування психіатричної служби, метою якої є надання максимально ефективної спеціалізованої допомоги пацієнтам. При цьому підвищення ефективності надання спеціалізованої допомоги проводиться за двома напрямками: впровадження сучасних фармакологічних препаратів з підбором оптимальних засобів лікування і впровадження нових форм немедикаментозно орієнтованої допомоги пацієнтам (Юр'єва Л.М., 2016; Напрєєнко О.К., 2016; Чугунов В.В., 2017; Венгер О.П. та ін., 2018; Колядко С.П., Малюта Л.В., 2018; Опря Є.В., 2019; G. Ayano, 2016).

Арт-терапія є одним із сучасних методів психотерапевтичного впливу, який використовує можливості образотворчого мистецтва в поєднанні з лікувальними факторами, пов'язаними з відносинами пацієнта з фахівцем та групою. Сьогодні арт-терапія набуває все більшої популярності. Методи арт-терапії належать до проєктивних методик, за допомогою яких здійснюється сублімація в зовнішній світ найбільш тривожних аспектів життя (Михайлов Б.В., 2016; Маркова М.В., 2017; Чабан О.С., 2018; Кожина Г.М., 2018; Morosini P. L., Magliano L., Brambilla L. [et al.], 2020).

Вищезазначене обумовлює необхідність проведення даної роботи.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційну роботу виконано відповідно до плану наукових досліджень кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України за темами: «Психоосвітні програми в системі реабілітації психічно хворих» (номер державної реєстрації 01124001823) та «Оптимізувати психосоціальну реабілітацію хворих на психічні розлади на основі розробки та впровадження психоосвітніх програм» (номер державної реєстрації 0115U000238).

*Об'єкт дослідження:* психосоціальне функціонування та якість життя хворих на параноїдну шизофренію.

*Предмет дослідження:* вплив арт-терапії на психосоціальне функціонування та якість життя хворих на параноїдну шизофренію.

**Мета дослідження:** на основі клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей хворих на шизофренію розробити персоніфіковану систему їх комплексної терапії та реабілітації з використанням арт-терапії та оцінити її ефективність.

Виходячи з мети нами були поставлені наступні **завдання дослідження:**

1. Вивчити клініко-психопатологічні особливості хворих на параноїдну шизофренію.
2. Розробити принципи та алгоритм проведення арт-терапії в комплексному лікуванні та реабілітації хворих на шизофренію.
3. Вивчити особливості динаміки клінічної картини шизофренії під впливом арт-терапії в комплексному лікуванні.
4. Вивчити вплив арт-терапії на патопсихологічні особливості хворих на шизофренію.
5. Визначити динаміку рівня соціального функціонування та якості життя хворих на шизофренію під впливом арт-терапії в комплексному лікуванні.
6. Виділити маркери ефективності арт-терапії в комплексному лікуванні хворих на шизофренію.

**Методи дослідження:** клініко-психопатологічний, анамнестичний, психодіагностичний, статистичний.

**Наукова новизна одержаних результатів:** розроблена та науково обґрунтована методологія арт-терапії в комплексному лікуванні хворих на шизофренію на основі дослідження їх клініко-психопатологічних особливостей. Представлені науково обґрунтовані дані щодо ефективності застосування арт-терапії для прогнозу подальшого соціального функціонування та якості життя хворих на шизофренію.

Розроблено комплекс психотерапевтичних заходів з використанням арт-терапії, впровадження яких, поряд з фармакотерапією шизофренії, дозволяє оптимізувати психосоціальну реабілітацію, спрямовану на досягнення соціальної реінтеграції хворого.

Розроблено алгоритм проведення арт-терапії в комплексному лікуванні та реабілітації хворих на шизофренію в залежності від провідного психопатологічного синдрому.

Встановлена висока результативність арт-терапії в комплексному лікуванні хворих на шизофренію в порівнянні з традиційним лікуванням щодо редукції психопатологічної симптоматики, відновлення соціальної активності і успішної ресоціалізації хворих на шизофренію. Доведено позитивну динаміку рівня соціального функціонування, копінг-стратегій та якості життя хворих на шизофренію під впливом арт-терапії у комплексному лікуванні.

Вперше виділені маркери ефективності арт-терапії в комплексному лікуванні хворих на шизофренію.

**Практичне значення одержаних результатів.** Практична значущість результатів дисертаційного дослідження полягає в поліпшенні якості надання медичної допомоги та реабілітації хворих на шизофренію.

Розроблено персоніфікований курс арт-терапії з використанням малюнкових технік («Малюнок хвороби», «Малюнок себе», «Зірка почуттів», «Панорама відносин», вільне малювання) та ліплення (робота з пластиліном), який складається з двох послідовних блоків: основного (інтенсивного) – на стаціонарному етапі лікування і підтримуючого – на амбулаторному (позалікарняному).

Практичну значущість мають запропоновані принципи та алгоритм проведення арт-терапії в комплексному лікуванні хворих на шизофренію.

Отримані результати дисертаційного дослідження призначені для застосування у роботі психіатрів, медичних психологів, психотерапевтів, інших фахівців, діяльність яких пов'язана з наданням лікувально-реабілітаційної допомоги хворим на шизофренію, а також у навчальній підготовці кваліфікованих кадрів на етапі перед- та післядипломної освіти.

Результати дослідження впроваджено в практику роботи Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. акад. О. І. Юценка (акт впровадження від 19.10.2017), КЗ «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О. І. Юценка» (акт впровадження від 27.05.2019), Першої обласної спеціалізованої лікарні м. Ромни (акти впровадження від 06.11.2017; 11.12.2017); КЗ СОР «Сумська обласна спеціалізована психіатрична лікарня №2» (акти впровадження від 13.11.2017; 19.12.2017), Запорізької обласної клінічної психіатричної лікарні (акти впровадження від 04.12.2017; 21.12.2017), Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 (акти впровадження від 21.11.2017; 12.12.2017), Харківського міського психоневрологічного диспансеру № 16 (акти впровадження від 16.03.2017; 25.12.2017), Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 1 (акти впровадження від 16.11.2017; 13.12.2017), Харківського міського психоневрологічного диспансеру № 3 (акти впровадження від 07.12.2017; 20.12.2017), Клініки психіатрії та наркології Військово-медичного центру північного регіону Міністерства оборони України (акти впровадження від 14.11.2017; 07.12.2017), Луганського обласного наркологічного диспансеру (м. Лисичанськ) (акти впровадження від 27.11.2017; 19.12.2017), ДУ «Луганський обласний наркологічний диспансер» (м. Лисичанськ) (акт впровадження від 23.10.2019), КЗ СОР «Обласний наркологічний диспансер» (акт впровадження від 15.10.2019), Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні (акт впровадження від 14.05.2019), Комунального некомерційного підприємства «Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня» Тернопільської обласної ради (акт впровадження від 25.09.2019).

Отримані наукові результати використовуються в навчальному процесі на кафедрі психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України.

**Особистий внесок здобувача:** автору особисто належить ідея роботи, проведено пошук, вивчення та реферування літературних джерел, визначено мету і задачі дослідження та розроблено його методологію. Самостійно виконано клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження, статистично-математичну

обробку, аналіз та опис отриманих результатів дослідження, сформульовані основні положення та висновки дисертаційної роботи. Автором особисто обґрунтовано, розроблено і впроваджено систему арт-терапії хворих на шизофренію та оцінку її ефективності.

Особистий внесок здобувача у роботах, виконаних у співавторстві: у статті за № 1 у списку праць, опублікованих за темою дисертації автором особисто розроблено схему арт-терапії, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, проаналізовано отримані результати; у статті за № 2 – запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено до друку; у статті за № 3 – узагальнено дані емпіричного дослідження, підготовлено роботу до друку; у роботі за № 9 – запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали; у роботі за № 10 – подано ідею, розроблено методологічні основи, проведено аналіз джерел наукової літератури, підготовлено висновки; у роботі за № 11 – запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено матеріал до друку; у роботі за № 12 – подано ідею, розроблено методологічні основи, проведено аналіз джерел наукової літератури, підготовлено висновки; у роботі за № 15 – сформульовано проблему дослідження, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано та проаналізовано емпіричний матеріал; у роботі за № 16 – запропоновано ідею роботи, здійснено аналіз отриманих даних, підготовлено матеріал до друку; у роботі за № 17 – подано ідею, проведено аналіз інформації, підготовлено висновки; у роботі за № 20 – запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали; у роботі за № 21 – проаналізовано емпіричний матеріал, підготовлено висновки.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних наукових форумах, конференціях: науково-практична конференція «Сучасні питання сексопатології, андрології та медичної психології, присвяченої пам'яті доктора медичних наук, професора, Заслуженого діяча науки і техніки України, академіка АН ВО України Валентина Валентиновича Кришталія» (м. Харків, 25.11.2011); науково-практична конференція з міжнародною участю «Інтеграція психіатрії, психотерапії та психології в сучасну медицину» (м. Ялта, 06-07.06.2013); міжвузівській конференції молодих вчених «Медицина третього тисячоліття» (м. Харків, 13-15.01.2014); науково-практична конференція «Персоніфікована терапія психічних розладів: проблеми та рішення» (м. Харків, 24-25.04.2014); 7th International Scientific Interdisciplinary Conference for medical students and young scientists «ISIC 7th» (Kharkiv, 15-16.05.2014); XVI World Congress of Psychiatry «Focusing on access, quality and humane care» (Madrid, Spain, 14-18.09.2014); науковий симпозіум з міжнародною участю «Мультидисциплінарний підхід до надання неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги в Україні» (м. Одеса, 9-10.10.2014); 23th European Congress of Psychiatry (Vienna, Austria, 28-31.03.2015); міжнародний конгрес з медичної і психологічної реабілітації «Med&psy Rehab» (м. Київ, 30-31 жовтня 2017); наукова сесія та міжвузівська конференція молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (м. Харків, 23.01.2018); науково-практична конференція з міжнародною участю «Українська

психіатрія: практика, освіта дослідження» (м. Харків, 17-18.05.2018); 26th European Congress of Psychiatry (Nice, France, 3-6.03.2018); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Гендерні та вікові аспекти надання психіатричної допомоги» (м. Харків, 15-16.05.2019); науково-практичний симпозиум «Профілактика і чинники ризику неврологічних, психічних та наркологічних розладів» (м. Тернопіль, 3-4.10.2019); міжнародна науково-практична конференція «Психологічне консультування і психотерапія: виклики сучасності» (м. Харків, 15-16.11.2019).

**Публікації.** За матеріалами дисертації опублікована 21 друкована праця, з них 8 статей у наукових фахових виданнях, визначених МОН України, серед яких 6 – у виданнях, що входять у наукометричні бази даних SCIENCEINDEX, Ulrich's Periodicals Directory і Google Scholar (з них – 5 одноосібні), 1 патент на корисну модель, 1 інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я та 11 тез доповідей у матеріалах наукових конференцій державного та міжнародного рівнів.

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертація викладена на 163 сторінках машинопису. Дисертація складається із вступу, аналітичного огляду літератури, 4 глав власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів дослідження, висновків і списку використаних джерел. Матеріали дисертації ілюстровані 15 таблицями й 17 малюнками. Бібліографічний список містить 225 джерел, з них 30% – закордонних.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

**Дизайн дослідження й характеристика обстежених.** Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базі КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3» було проведено комплексне обстеження 152 хворих, обох статей, у віці 20-45 років з встановленим діагнозом параноїдна шизофренія (F20) у період стабілізації стану. Вибірка хворих складалася з 79 ( $51,9 \pm 1,5\%$ ) жінок і 73 ( $48,1 \pm 1,4\%$ ) чоловіків.

Більшість обстежених мали середню спеціальну освіту –  $36,6 \pm 1,3\%$  обстежених, вищу –  $25,0 \pm 1,2\%$ , середню –  $20,9 \pm 1,2\%$ , незакінчену вищу –  $17,5 \pm 1,1\%$  хворих. Переважна частина обстежених проживала в місті –  $66,7 \pm 1,6\%$ , менша – в сільській місцевості –  $33,3 \pm 1,3\%$ . Оцінка соціальної зайнятості демонструвала, що серед обстежених переважали працюючі –  $72,5 \pm 1,7\%$ , непрацюючими було –  $27,5 \pm 1,2\%$  осіб. Оцінка сімейного стану показала, що  $63,4 \pm 1,6\%$  обстежених були одружені,  $36,6 \pm 1,3\%$  – самотні. Середня тривалість захворювання становила 7,5 років. Середня тривалість поточного епізоду – 1,2 року.

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно стандартів МОЗ України в межах забезпечення лікувального закладу. Основну групу, пацієнти якої приймали участь у арт-терапевтичній програмі, склали 95 хворих. В контрольну групу увійшли 57 хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні.

**Методи дослідження.** У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-психопатологічний, який базувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження шляхом інтерв'ювання та спостереження. Опитування здійснювалось із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10 та

«Кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів» (Positive and negative syndrome scale PANSS), S.R. Kay, L.A. Opler, A. Fiszbein, 1986.

Анамнестичне дослідження включало структуроване інтерв'ю із вивченням спадковості, впливу контекстуальних факторів на розвиток психічного захворювання.

Психодіагностичний метод включав використання опитувальника «Копінг-поведінка у стресових ситуаціях» N. Endler, G.Parker в адаптації Крюкової Т.А., 2007; дослідження якості життя за допомогою однойменного опитувальника, розробленого Н. Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu & Yoon, 1999 у модифікації Н. О. Марути, 2004. Соціальне функціонування хворих досліджували за допомогою Шкали інвалідності WHO/DAS (Disability assessment Scale, WHO, 1988).

Катамнестичне дослідження – динамічне спостереження за хворими на протязі 1,5 років.

Методи математичної статистики – результати представлені у вигляді середнього значення  $\pm$  похибка репрезентативності при рівні вірогідності  $p < 0,05$ .

**Результати дослідження.** Залежно від провідного психопатологічного синдрому хворі були розподілені на 4 клінічні групи: I – з апато-абулічним синдромом ( $20,6 \pm 1,2\%$  обстежених), II – галюцинаторно-параноїдним ( $25,2 \pm 1,2\%$ ), III – депресивно-параноїдним ( $28,4 \pm 1,3\%$ ) і IV – з параноїдним синдромом ( $25,8 \pm 1,2\%$ ) (рис. 1).

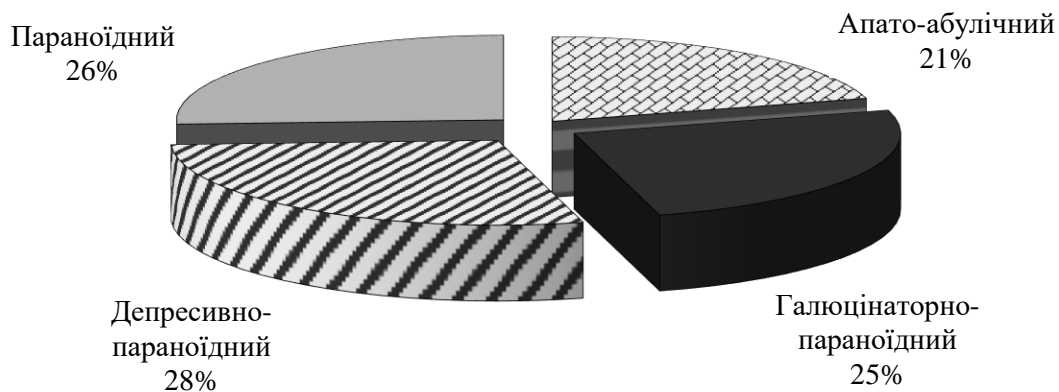


Рис. 1 Розподіл хворих відповідно до провідного синдрому (%)

Як показали результати клініко-психопатологічного дослідження негативна симптоматика була найбільш вираженою у хворих I групи (з провідним апато-абулічним синдромом) ( $72,8 \pm 1,7\%$  хворих I групи,  $38,5 \pm 1,3\%$  хворих II групи,  $44,2 \pm 1,4\%$  хворих III групи,  $36,1 \pm 1,3\%$  хворих IV групи), яка проявлялася: зниженням сили емоцій ( $76,2 \pm 1,7\%$  хворих I групи,  $48,2 \pm 1,4\%$  хворих II групи,  $68,9 \pm 1,8\%$  хворих III групи,  $39,5 \pm 1,3\%$  хворих IV групи), послабленням спонукань до діяльності ( $71,5 \pm 1,7\%$ ,  $39,8 \pm 1,3\%$ ,  $66,8 \pm 1,6\%$  та  $37,9 \pm 1,3\%$  хворих відповідно), загальмованістю ( $68,9 \pm 1,7\%$  хворих I групи,  $34,5 \pm 1,3\%$  II групи,  $57,2 \pm 1,5\%$  III групи,  $29,8 \pm 1,3\%$  IV групи) байдужістю ( $81,1 \pm 1,8\%$ ,  $33,5 \pm 1,3\%$ ,  $59,8 \pm 1,6\%$  та  $31,6 \pm 1,3\%$  хворих відповідно), соціальною відгородженістю ( $82,1 \pm 1,8\%$  хворих I групи,  $56,2 \pm 1,5\%$  хворих II групи,  $62,9 \pm 1,6\%$  хворих III групи,  $38,4 \pm 1,3\%$  хворих IV групи). Дані за



шкалою PANSS свідчили про домінування емоційної відгородженості (71,1±1,7% хворих I групи, 49,9±1,4% хворих II групи, 56,2±1,5% хворих III групи, 36,9±1,3% хворих IV групи) та сплоснення афекту (59,5±1,5%, 36,7±1,3%, 55,8±1,5% та 32,1±1,3% відповідно).

У хворих з провідним галюцинаторно-параноїдним (II група) та параноїдним (IV група) синдромом найбільш вираженою була позитивна симптоматика (36,8±1,3% хворих I групи, 71,6±1,3% хворих II групи, 39,8±1,3% хворих III групи, 69,8±1,6% хворих IV групи), яка проявлялася: галюцинаторними переживаннями (32,6±1,3%, 41,4±1,4%, 75,6±1,7% та 49,1±1,4% відповідно), маячними ідеями відношення, переслідування (44,2±1,4% хворих I, 86,2±1,8% хворих II, 68,4±1,5% хворих III та 85,6±1,8% хворих IV групи), структурно-логічними порушеннями мислення (62,3±1,6%, 76,8±1,7%, 61,8±1,6% та 79,8±1,7% відповідно), пасивно-оборонною поведінкою (19,3±1,1%, 64,5±1,6%, 42,2±1,4% та 69,5±1,7% хворих). Показники шкали PANSS, які свідчили про переважання помірного та вираженого ступеню проявів маячення (52,3±1,5% хворих I групи, 82,6±1,8% хворих II групи, 41,8±1,4% хворих III групи, 86,8±1,8% хворих IV групи), підозрілості (34,2±1,3% хворих I, 81,4±1,8% хворих II, 66,9±16% хворих III та 86,4±1,8% хворих IV групи) та галюцинаторної поведінки (49,1±1,4%, 72,9±1,7%, 39,8±1,4% та 61,8±1,6% відповідно).

В III групі хворих (з провідним депресивно-параноїдним синдромом) домінувала загально психопатологічна симптоматика (44,8±1,7% хворих I групи, 47,3±1,4% хворих II групи, 76,2±1,7% хворих III групи, 49,2±1,4% хворих IV групи), яка проявлялася депресією (26,5±1,2% хворих I групи, 32,7±1,3% хворих II групи, 72,3±1,7% хворих III групи, 33,4±1,3% хворих IV групи), звуженням кола інтересів (52,2±1,5%, 45,2±1,4%, 67,8±1,6% та 49,9±1,5% відповідно), соціальною відгородженістю (55,1±1,5% хворих I, 86,2±1,8% хворих II, 74,1±1,7% хворих III та 38,2±1,3% хворих IV групи) та зануренням у психопатологічні переживання (47,9±1,4%, 51,9±1,5%, 77,1±1,7% та 49,8±1,5% відповідно). За шкалою PANSS переважали емоційно-вольові порушення (77,8±1,7% хворих I групи, 36,3±1,3% хворих II групи, 76,2±1,7% хворих III групи, 31,1±1,3% хворих IV групи).

Усі обстежені хворі отримували фармакотерапію та психотерапію в залежності від ведучого психопатологічного синдрому. Фармакотерапія в розробленій терапевтичній програмі застосовувалася у вигляді монотерапії з використанням у хворих I групи амісульприду, II групи – рисперидону, III групи – кветіапіну та IV групи – оланзапіну.

Психотерапевтичний комплекс для хворих I групи включав використання когнітивно-поведінкової терапії (Веск А. Т., 2006), сімейної психотерапії (Ейдміллер Е. Г., 2003). II групи – особистісно-орієнтованої психотерапії (Карвасарський Б. Д., Інсуріна Г. Л., Ташликов В. А., 1994) сімейної психотерапії (Ейдміллер Е. Г., 2003). III групи – індивідуально-орієнтованої короткотермінової психодинамічної психотерапії (Карвасарський Б. Д., 1999), раціональної психотерапії Дюбуа П. (1912), сімейної психотерапії (Ейдміллер Е. Г., 2003). IV групи – особистісно-орієнтованої психотерапії (Карвасарський Б. Д., Інсуріна Г. Л., Ташликов В. А., 1994), сімейної психотерапії (Ейдміллер Е. Г., 2003).

Усі хворі приймали участь у індивідуальній та груповій психоосвіті (Кожина Г.М.

зі співавт., 2016, 2017), тренінгів соціальних навичок та формування прихильності до терапії та інтерперсональної взаємодії (Марута Н.О. зі співавт., 2010).

Для хворих основної групи був розроблений курс арт-терапії з використанням малюнкових технік («Малюнок хвороби», «Малюнок себе», «Зірка почуттів», «Панорама відносин», вільне малювання) та ліплення (робота з пластиліном), основними цілями якого були: зайнятість пацієнтів за рахунок їх залучення в змістовну діяльність; розвиток і підтримка їх творчих навичок; сенсорна стимуляція; відреагування почуттів і переживання позитивних емоцій, пов'язаних з творчою активністю та її результатами; підтримка і розвиток комунікативних навичок, самостійності і самоорганізації; психологічна інтеграція пацієнтів.

Основним факторами психотерапевтичного впливу в арт-терапії були: фактор художньої експресії, фактор внутрішньогрупових комунікативних процесів і відносин, фактор інтерпретації і вербальної зворотного зв'язку.

Арт-терапевтична інтервенція має довгостроковий характер і складається з двох послідовних блоків: основного (інтенсивного) – на стаціонарному етапі лікування і підтримуючого – на амбулаторному (позалікарняному).

Структура арт-терапевтичних інтервенцій включала три етапи: введення (настрій); етап виконання основної роботи з теми (творче навантаження), етап обговорення (завершення).

В терапії хворих з провідним апато-абулічним синдромом (I група) використовували «Малюнок хвороби», «Малюнок себе» та ліплення. Стаціонарний етап включав – 10 занять тривалістю 45 хвилин з частотою 2 рази на тиждень; амбулаторний етап – 10 занять тривалістю 60 хвилин з частотою 2 рази на тиждень.

При галюцинаторно-параноїдному синдромі (II група) – «Малюнок себе», «Зірка почуттів» та вільне малювання. На стаціонарному етапі проводилося 12 занять, тривалістю 60 хвилин з частотою 3 рази на тиждень, амбулаторний етап – 8 занять, тривалістю 90 хвилин з частотою 1 раз на тиждень.

У терапії хворих з депресивно-параноїдним синдромом (III група) – «Малюнок себе», «Панорама відносин» та ліплення. Стаціонарний етап включав – 12 занять тривалістю 60 хвилин з частотою 2 рази на тиждень; амбулаторний етап – 10 занять тривалістю 90 хвилин з частотою 2 рази на тиждень.

При параноїдному синдромі (IV група) – «Малюнок хвороби», «Зірка почуттів», «Панорама відносин», вільне малювання та ліплення (робота з пластиліном). Стаціонарний етап включав – 12 занять тривалістю 90 хвилин з частотою 2 рази на тиждень. Амбулаторний етап – 10 занять тривалістю 90 хвилин з частотою 2 рази на тиждень (рис. 2).

Найбільш ефективним був груповий варіант арт-терапії, у рамках основного блоку арт-терапія здійснювалася в закритих групах, підтримуюча – в частково відкритих під керівництвом лікаря-психіатра/психотерапевта і медичного психолога.

Як свідчать результати дослідження арт-терапія хворих на параноїдну шизофренію повинна будуватися на наступних принципах: структурований стиль ведення; поетапне введення арт-терапевтичних технік; емоційне заохочення (підкріплення) при досягненні заданого рівня майстерності; систематизація рефлексій; постійне повторення, закріплення і вдосконалення одержаних навичок і вмій.

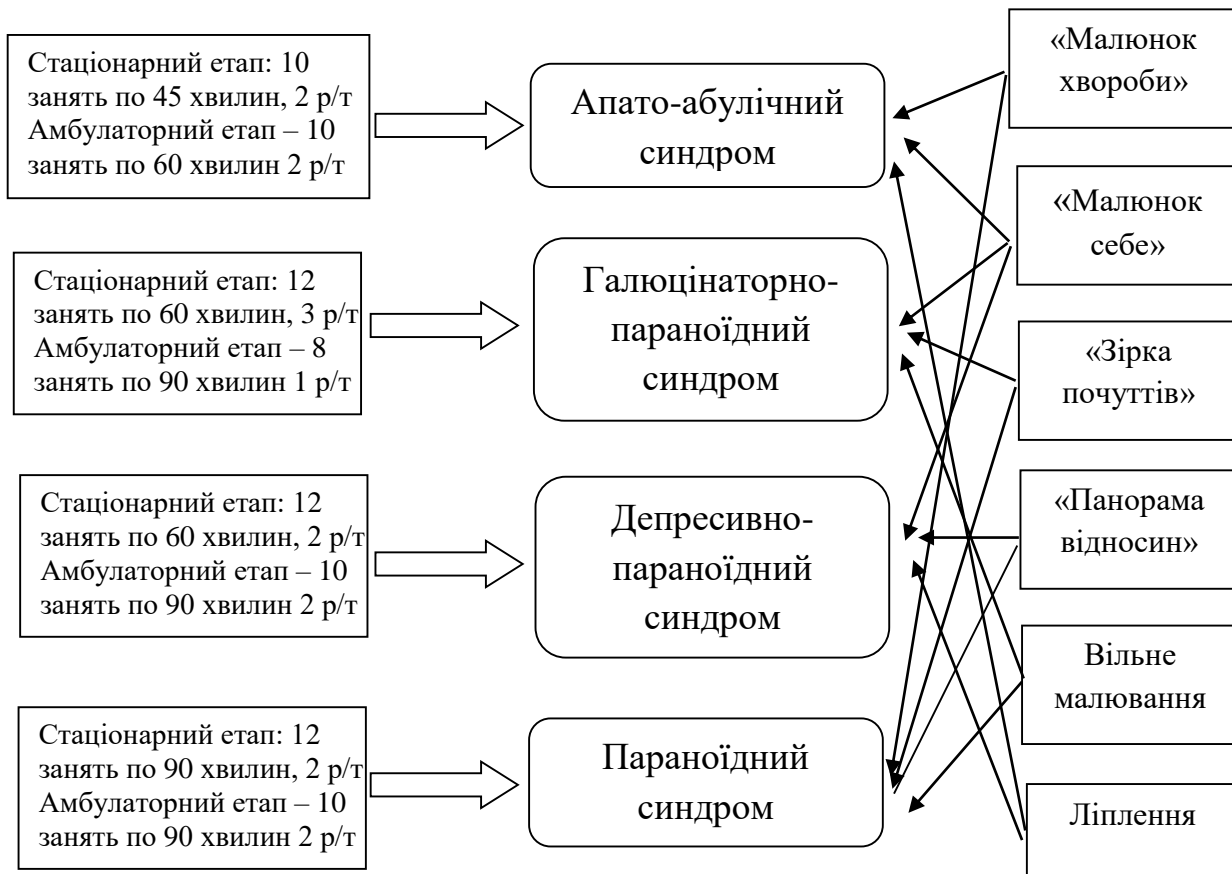


Рис. 2. Структура арт-терапевтичних інтервенції у обстежених хворих

Оцінка ефективності розробленої комплексної програми терапії параноїдної шизофренії з використанням фармакотерапії, психотерапії та арт-терапії здійснювалася у співставленні з використанням фармакотерапії та психотерапії на підставі оцінки динаміки клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей хворих та якості їх життя.

Відповідно до отриманих у ході роботи даних, на фоні проведення комплексної терапії із застосуванням арт-терапії у хворих основної групи у порівнянні з контрольною відмічалися більш виражена клінічна ефективність: редукція позитивної (68,2±1,6% хворих I групи, 72,4±1,7% хворих II групи, 89,6±1,8% хворих III групи, 79,8±1,8% хворих IV групи, 51,3±1,5% хворих контрольної групи), негативної (65,2±1,6% хворих I, 84,2±1,8% хворих II, 86,3±1,8% хворих III, 86,7±1,8% хворих IV та 55,3±1,5% хворих контрольної групи), загально психопатологічної (71,4±1,7%, 78,9±1,7%, 81,6±1,8%, 85,5±1,8% та 56,2±1,5% відповідно), нормалізація емоційного стану 51,5±1,5% хворих I групи, 88,7±1,8% хворих II групи, 91,1±1,9% хворих III групи, 87,9±1,8% хворих IV групи, 48,6±1,4% хворих контрольно групи), стабілізація поведінки та підвищення психофізичної активності хворих (69,8±1,6%, 71,1±1,7%, 76,2±1,7%, 77,5±1,7% та 53,8±1,5% відповідно).

Як показали результати дослідження в процесі арт-терапії відзначалася наступна динаміка художньої експресії: створювані на початкових етапах образи характеризувалися аморфністю, розпливчатістю меж, «стіканням форм», орнаментарністю, змішанням різних стилів, а на більш пізніх стадіях арт-терапії набували символічний, архетипний характер, мали структурність і завершеність.

Як показали результати вивчення соціального функціонування на першому етапі дослідження у обстежених хворих відмічалися порушення загальної поведінкової дисфункції у суспільстві: очевидна –  $24,2 \pm 1,2\%$ , серйозна –  $26,5 \pm 1,2\%$ , та дуже серйозна –  $28,1 \pm 1,2\%$  дисфункція; порушення при виконанні соціальних ролей у суспільстві: очевидна –  $24,8 \pm 1,2\%$ , серйозна –  $27,4 \pm 1,2\%$ , дуже серйозна –  $28,6 \pm 1,2\%$  дисфункція; порушення функціонування пацієнтів у лікарні: без дисфункції –  $2,4 \pm 0,2\%$ , мінімальна дисфункція –  $10,9 \pm 1,1\%$ , очевидна –  $27,1 \pm 1,2\%$ , серйозна –  $33,5 \pm 1,3\%$ , дуже серйозна –  $25,9 \pm 1,2\%$ ; дисфункція модифікуючих чинників у хворих (позитивні якості пацієнта): без дисфункції –  $3,4 \pm 0,2\%$ , мінімальна дисфункція –  $13,1 \pm 1,1\%$ , очевидна –  $25,6 \pm 1,2\%$ , серйозна –  $24,1 \pm 1,2\%$ , дуже серйозна –  $34,2 \pm 1,3\%$  обстежених.

На другому етапі після завершення арт-терапії встановлено, що рівень загальної поведінкової дисфункції у суспільстві в основній групі знизився у  $87,4 \pm 1,8\%$ ; у контрольній –  $66,2 \pm 1,6\%$ ; дисфункція при виконанні соціальних ролей у суспільстві – на  $75,1 \pm 1,7\%$  і  $39,3 \pm 1,3\%$  відповідно; порушення функціонування пацієнтів у лікарні – в основній групі на  $73,7 \pm 1,7\%$ ; у контрольній – на  $72,5 \pm 1,7\%$ ; дисфункція модифікуючих чинників у хворих  $82,5 \pm 1,8\%$  і  $65,4 \pm 1,6\%$  відповідно ( $p < 0,05$ ) (рис. 3).

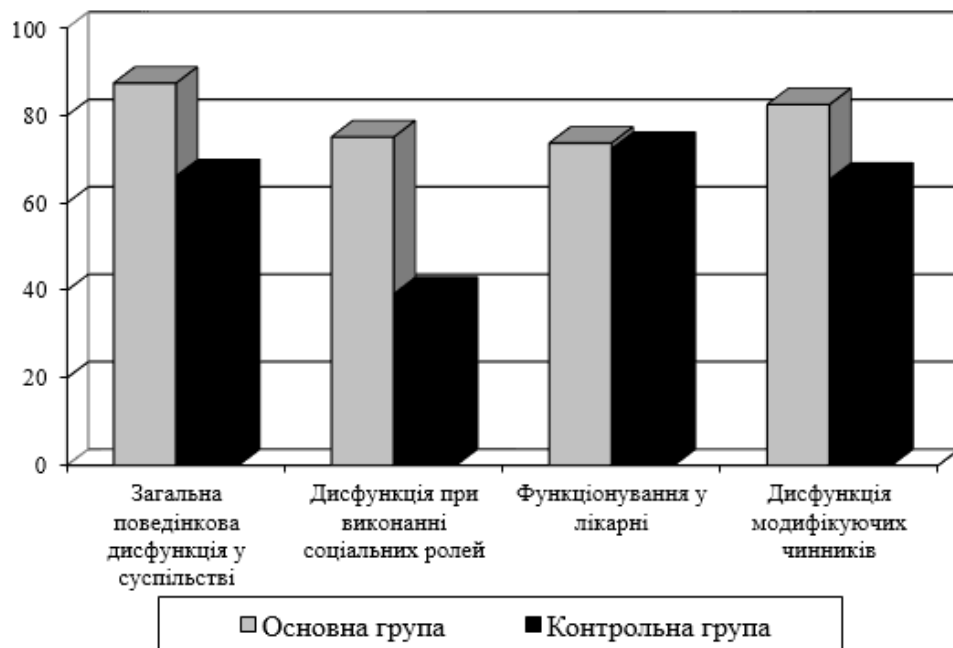


Рис. 3. Покращення рівня соціального функціонування хворих на шизофренію під впливом арт-терапії (%)

Таким чином, у ході роботи встановлено, що на тлі комплексної терапії з використанням арт-терапії суттєво покращився рівень соціального функціонування хворих, а саме загальної поведінкової дисфункції – в основній групі – на  $75,3 \pm 1,7\%$ ; у контрольній – на  $52,1 \pm 1,5\%$ ; дисфункція при виконанні соціальних ролей – на  $61,5 \pm 1,6\%$  в основній і  $31,9 \pm 1,3\%$  контрольній відповідно; порушення функціонування пацієнтів у лікарні – в основній групі на  $86,4 \pm 1,8\%$ ; у контрольній – на  $69,4 \pm 1,6\%$ ; дисфункція модифікуючих чинників у хворих – на  $91,1 \pm 1,9\%$  в основній та  $59,8 \pm 1,5\%$  контрольній групах.

Як показав аналіз самоствавлення хворих на шизофренію на першому етапі роботи для обстежених пацієнтів були притаманні низькі показники самоповаги та аутосимпатії, тобто низький рівень інтегрального самоствавлення. На тлі проведення арт-терапії у хворих основної групи було визначено достовірно краще у порівнянні з контрольною групою поліпшення самооцінки, самоповаги та аутосимпатії.

На тлі проведення арт-терапії відмічено позитивні зміни поведінкових особливостей пацієнтів (частоти використання і вираженості копінг-стратегій). На першому етапі дослідження у  $25,6 \pm 1,2\%$  пацієнтів основної і у  $26,1 \pm 1,2\%$  – контрольної групи спостерігався копінг, орієнтований на уникнення, у  $19,5 \pm 1,1\%$  і  $18,9 \pm 1,1\%$  відповідно – на вирішення проблем, у  $40,5 \pm 1,4\%$  осіб основної і  $42,1 \pm 1,4\%$  контрольної групи – копінг, орієнтований на емоції. Після завершення терапії (другий етап дослідження) у  $22,2 \pm 1,2\%$  осіб основної і  $25,6 \pm 1,2\%$  контрольної групи реєструвався копінг, орієнтований на уникнення; у  $86,2 \pm 1,8\%$  хворих основної і у  $33,3 \pm 1,3\%$  контрольної групи копінг, орієнтований на вирішення проблеми; у  $9,4 \pm 0,9\%$  осіб основної,  $22,5 \pm 1,2\%$  контрольної групи – копінг, орієнтований на емоції ( $p < 0,05$ ) (рис.4).

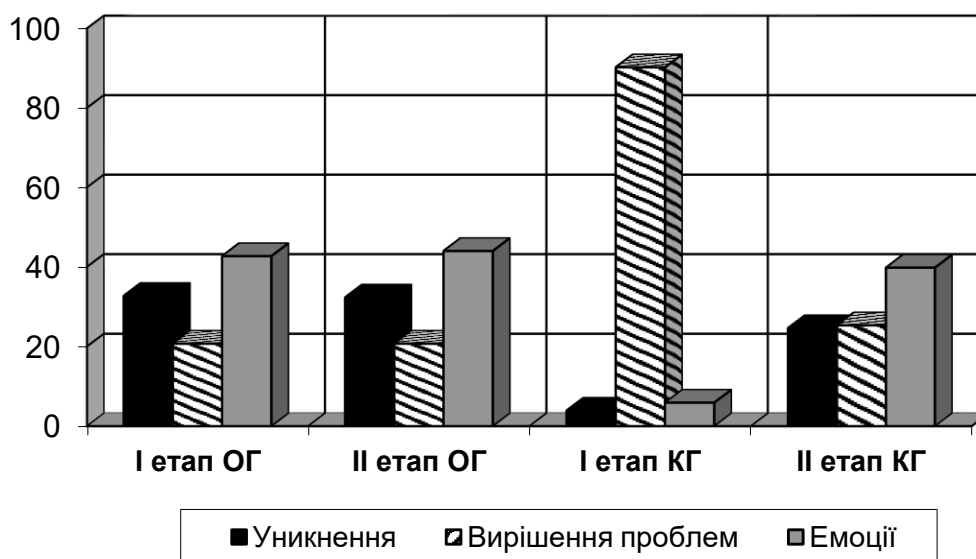


Рис. 4. Динаміка копінг-стратегій обстежених хворих

Отримані результати дослідження свідчили про позитивний вплив арт-терапії на оптимізацію копінг-стратегій проблемно-вирішальної поведінки у пацієнтів з шизофренією.

У ході роботи з позиції тріалогу була проведена оцінка якості життя хворих на шизофренію (за Н. О. Марутою). У всіх обстежених хворих у загальній структурі якості життя на першому етапі обстеження найбільш проблемними визначені наступні сфери: соціо-емоційна підтримка –  $16,4 \pm 1,1\%$ ; фізичне благополуччя та працездатність –  $12,3 \pm 1,1\%$ ; суспільна і службова підтримка –  $11,5 \pm 1,1\%$ ; самообслуговування та незалежність у діях –  $9,8 \pm 1,0\%$ ; самореалізація –  $11,3 \pm 1,1\%$ ; міжособистісна взаємодія –  $10,1 \pm 1,1\%$ ; психологічне, емоційне благополуччя –  $6,9 \pm 0,6\%$ ; загальне сприйняття якості життя –  $10,2 \pm 1,1\%$ .

Після проведення заходів арт-терапії показник якості життя в основній групі значно підвищився за усіма шкалами у порівнянні з контрольною. Так, було встановлено, що поліпшення сприйняття фізичного стану в основній групі збільшилася на  $41,2 \pm 1,4\%$  обстежених, в контрольній – на  $23,2 \pm 1,2\%$ ; відчуття незалежності дій покращився на  $67,3 \pm 1,6\%$  і  $42,5 \pm 1,4\%$  відповідно; задоволеність працездатністю на  $60,1 \pm 1,6\%$  в основній та на  $33,3 \pm 1,3\%$  контрольної; відчуття духовної реалізації –  $71,2 \pm 1,7\%$  і  $22,1 \pm 1,2$  – відповідно.

При цьому було виявлено, що у пацієнтів основної групи, відзначалася значна позитивна динаміка (в порівнянні з контрольною групою) за наступними показниками: «Психологічне та емоційне благополуччя», «Міжособистісна взаємодія», «Соціо-емоційна підтримка», «Службова підтримка», «Особистісна реалізація» і «Загальне сприйняття якості життя» (рис. 5).

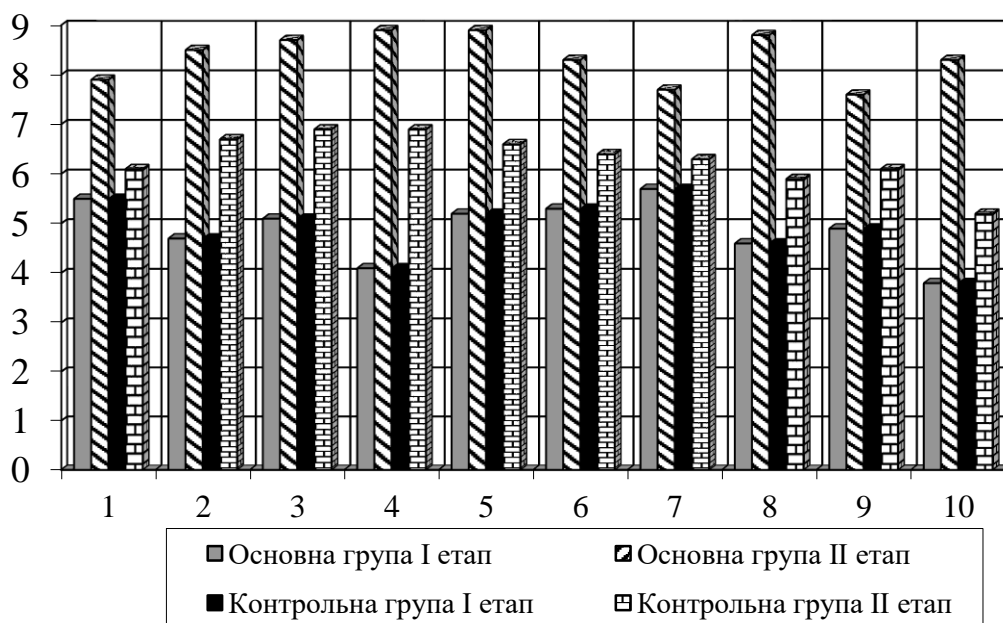


Рис. 5. Динаміка рівня якості життя у хворих на шизофренію під впливом арт-терапії 1 – фізичне благополуччя; 2 – психологічне благополуччя; 3 – самообслуговування і незалежність дій; 4 – працездатність; 5 – міжособистісна взаємодія; 6 – соціо-емоційна підтримка; 7 – громадська та службова підтримка; 8 – особистісна реалізація; 9 – духовна реалізація; 10 – загальне сприйняття якості життя.

Таким чином, використання арт-терапії у комплексному лікуванні пацієнтів з шизофренією надає позитивний вплив на відчуття психологічного благополуччя, посилення почуття причетності та особистісної реалізованості, поліпшення міжособистісних відносин, відчуття підтримки від близьких і соціуму, що, в свою чергу, відбивається на загальному сприйнятті якості життя.

За результатами півторарічного катамнестичного спостереження в основній групі на тлі проведеної комплексної терапії з використанням арт-терапії у  $82,2 \pm 1,8\%$  хворих було досягнуто стійкого терапевтичного ефекту, у  $11,1 \pm 1,1\%$  – стан залишався без динаміки, і у  $6,7 \pm 0,6\%$  – відмічався рецидив захворювання. У групі контролю поліпшення стану було лише у  $32,6 \pm 1,3\%$  пацієнтів, у  $44,5 \pm 1,4\%$  реєструвалася госпіталізація у зв'язку з рецидивом захворювання. Критеріями ефективності були:

стійкість ремісії, частота госпіталізації, якість життя, рівень тривоги, поліпшення психічного стану.

Таким чином, як показали результати дослідження, комплексний підхід в терапії параноїдної шизофренії, який включав в себе психофармакотерапію, психотерапію та психоосвіту у поєднанні з арт-терапією, сприяв соціальній реінтеграції хворих за рахунок мобілізації їх внутрішніх резервів, відновлення впевненості в собі, зміни ставлення хворих до самої хвороби, якості життя та поведінкових реакцій, що приводить до відновлення соціальної активності та успішної ресоціалізації хворих.

## ВИСНОВКИ

1. У дисертаційному дослідженні здійснене теоретичне узагальнення та наведене нове вирішення актуальної наукової задачі – на основі вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей хворих на шизофренію розробити персоніфіковані підходи до їх комплексної терапії та реабілітації з використанням арт-терапії та оцінити її ефективність.

2. Клінічні варіанти структури параноїдної форми шизофренії у обстежених хворих представлені апато-абулічним ( $20,6 \pm 1,2\%$  обстежених), галюцинаторно-параноїдним ( $25,2 \pm 1,2\%$ ), депресивно-параноїдним ( $28,4 \pm 1,2\%$ ) та параноїдним ( $25,8 \pm 1,2\%$ ) синдромокомплексами. Негативна симптоматика найбільш виражена у хворих з провідним апато-абулічним синдромом ( $72,8 \pm 1,7\%$  хворих I групи,  $38,5 \pm 1,3\%$  хворих II групи,  $44,2 \pm 1,4\%$  хворих III групи,  $36,1 \pm 1,3\%$  хворих IV групи), позитивна симптоматика у хворих з провідним галюцинаторно-параноїдним та параноїдним синдромом ( $36,8 \pm 1,3\%$  хворих I групи,  $71,6 \pm 1,7\%$  хворих II групи,  $39,8 \pm 1,3\%$  хворих III групи,  $69,8 \pm 1,6\%$  хворих IV групи), загально психопатологічна симптоматика у хворих з провідним депресивно-параноїдним синдромом ( $44,8 \pm 1,4\%$  хворих I групи,  $47,3 \pm 1,4\%$  хворих II групи,  $76,2 \pm 1,7\%$  хворих III групи,  $49,2 \pm 1,4\%$  хворих IV групи).

3. В терапії хворих з апато-абулічним синдромом необхідно використання арт-терапевтичних технік «Малюнок хвороби», «Малюнок себе» та ліплення; на стаціонарну етапі – 10 занять по 45 хвилин, 2 рази на тиждень; амбулаторному етапі – 10 занять по 60 хвилин, 2 рази на тиждень. З галюцинаторно-параноїдним синдромом – «Малюнок себе», «Зірка почуттів» та вільне малювання. На стаціонарному етапі – 12 занять по 60 хвилин, 3 рази на тиждень, амбулаторному етапі – 8 занять по 90 хвилин, 1 раз на тиждень. З депресивно-параноїдним синдромом – «Малюнок себе», «Панорама відносин» та ліплення. Стаціонарний етап – 12 занять по 60 хвилин, 2 рази на тиждень; амбулаторний – 10 занять по 90 хвилин, 2 рази на тиждень. З параноїдним синдромом – «Малюнок хвороби», «Зірка почуттів», «Панорама відносин», вільне малювання та ліплення. Стаціонарний етап – 12 занять по 90 хвилин з частотою 2 рази на тиждень. Амбулаторний етап – 10 занять, тривалістю 90 хвилин, 2 рази на тиждень.

4. У хворих основної групи на тлі комплексного лікування з використанням арт-терапії, у порівнянні з контрольною, відмічалися більш виражена клінічна ефективність: редукція позитивної ( $68,2 \pm 1,6\%$  хворих I групи,  $72,4 \pm 1,7\%$  хворих II групи,  $89,6 \pm 1,8\%$  хворих III групи,  $79,8 \pm 1,7\%$  хворих IV групи,  $51,3 \pm 1,5\%$  хворих

контрольної групи), негативної (65,2±1,6% хворих I, 84,2±1,8% хворих II, 86,3±1,8% хворих III, 86,7±1,6% хворих IV та 55,3±1,5% хворих контрольної групи), загально психопатологічної (71,4±1,7%, 78,9±1,7%, 81,6±1,8%, 85,5±1,8% та 56,2±1,5% відповідно), нормалізація емоційного стану (51,5±1,5% хворих I групи, 88,7±1,8% хворих II групи, 91,1±1,9% хворих III групи, 87,9±1,8% хворих IV групи, 48,6±1,4% хворих контрольно групи), стабілізація поведінки та підвищення психофізичної активності хворих (69,8±1,6%, 71,1±1,7%, 76,2±1,7%, 77,5±1,7% та 53,8±1,5% відповідно).

5. На тлі проведення арт-терапії відмічено позитивні зміни поведінкових особливостей пацієнтів у 86,2±1,8% хворих основної і у 33,3±1,3% контрольної групи. У хворих основної групи було визначено достовірно краще у порівнянні з контрольною групою поліпшення самооцінки, самоповаги та аутосимпатії.

6. Встановлено, що на тлі комплексної терапії з використанням арт-терапії суттєво покращився рівень соціального функціонування хворих, а саме загальної поведінкової дисфункції – в основній групі – на 75,3±1,7%; у контрольній – на 52,1±1,5%; дисфункція при виконанні соціальних ролей – на 61,5±1,6% в основній і 31,9±1,5% контрольній відповідно; порушення функціонування пацієнтів у лікарні – в основній групі на 86,4±1,8%; у контрольній – на 69,4±1,6%; дисфункція модифікуючих чинників у хворих – на 91,1±1,9% в основній та 59,8±1,6% контрольній групах. Встановлена позитивна динаміка показника якості життя хворих: підвищення в середньому на 66,1±1,6% в основній групі та на 31,4±1,3% контрольній групах.

7. Прогностичними маркерами ефективності арт-терапії в комплексному лікуванні хворих на шизофренію є депресивно-параноїдний та параноїдний синдромокомплекс; рівень соціального функціонування хворих в сфері загальної поведінкової дисфункції, функціонування пацієнтів у лікарні, модифікуючі чинники; самооцінка та аутосимпатія; копінг-стратегії орієнтовані на вирішення проблем; загальне сприйняття якості життя.

## **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Для покращення якості терапії та психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію рекомендовано застосування арт-терапії з використанням малюнкових технік («Малюнок хвороби», «Малюнок себе», «Зірка почуттів», «Панорама відносин», вільне малювання) та ліплення (робота з пластиліном), який складається з двох послідовних блоків: основного (інтенсивного) – на стаціонарному етапі лікування і підтримуючого – на амбулаторному (позалікарняному).

2. Структура арт-терапевтичної програми повинна включати три основні етапи: введення (настрій); етап виконання основної роботи з теми (творче навантаження), етап обговорення (завершення). Основним факторами психотерапевтичного впливу в арт-терапії повинні бути: фактор художньої експресії, фактор внутрішньогрупових комунікативних процесів і відносин, фактор інтерпретації і вербального зворотного зв'язку.

3. У комплексній терапії хворих на шизофренію з провідним апато-абулічним синдромом доцільно використовувати поєднання фармакотерапії амисульпридом,



когнітивно-поведінкової терапії (Beck А. Г., 2006), сімейної психотерапії (Ейдміллер Е. Г., 2003), арт-терапевтичних технік «Малюнок хвороби», «Малюнок себе» та ліплення. З провідним галюцинаторно-параноїдним синдромом – терапію рисперидоном, особистісно-орієнтовану психотерапію (Карвасарський Б. Д., Інсуріна Г. Л., Ташликов В. А., 1994) сімейну психотерапію (Ейдміллер Е. Г., 2003), арт-терапію «Малюнок себе», «Зірка почуттів» та вільне малювання. З депресивно-параноїдним синдромом – терапію кветіапіном, індивідуально-орієнтовану короткотермінову психодинамічну психотерапію (Карвасарський Б. Д., 1999), раціональну психотерапію Дюбуа П. (1912), сімейну психотерапію (Ейдміллер Е. Г., 2003), арт-терапію «Малюнок себе», «Панорама відносин» та ліплення. З параноїдним синдромом терапію оланзапіном, особистісно-орієнтовану психотерапію (Карвасарський Б. Д., Інсуріна Г. Л., Ташликов В. А., 1994), сімейну психотерапію (Ейдміллер Е. Г., 2003), арт-терапію – «Малюнок хвороби», «Зірка почуттів», «Панорама відносин», вільне малювання та ліплення (робота з пластиліном). Усім хворим необхідно приймати участь у індивідуальній та груповій психоосвіті (Кожина Г.М. зі співавт., 2016, 2017), тренінгах соціальних навичок та формування прихильності до терапії та інтерперсональної взаємодії (Марута Н.О. зі співавт., 2010).

## ПЕРЕЛІК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Кожина А.М., Маркова М.В., Кришталь А.А., Костоусов А.А. Эффективность арт-терапии в комплексном лечении больных шизофренией // Міжнародний медичний спеціалізований науково-практичний журнал. 2013. Том 6, № 1 (19). С. 45-47 (*автором особисто сформульовано гіпотезу роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано, оброблено й проаналізовано емпіричний матеріал*).
2. Кришталь В.Е., Кришталь А.А., Сухоиванова Е.И. Комплексная система реабилитации больных шизофренией // Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Taurica. 2014. Том 18, № 1 (66). С. 32-35 (*автором особисто запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено до друку*).
3. Kozhyna H., Kryshstal A. Evaluation of the impact of art therapy on the progress of social functioning in schizophrenic patients // Inter Collegas. 2017. № 3 (4). С. 150-153 (*автором особисто узагальнено дані емпіричного дослідження, підготовлено роботу до друку*).
4. Кришталь О.О. Розробка методології арт-терапії в системі терапії хворих на шизофренію // Науковий журнал «ScienceRise: Medical Science». 2017. №8 (16). С.23-26.
5. Кришталь О.О. Виразність психопатологічних синдромів та рівень соціального функціонування як основа арт-терапії хворих на шизофренію // Архів психіатрії. 2017. Том 23, №3 (90). С. 177-179.

6. Кришталь О.О. Оцінка ефективності арт-терапії у комплексній терапії хворих на шизофренію // Український вісник психоневрології. 2017. Том 25, № 4 (93). С. 31-32.

7. Кришталь О.О. Рівень якості життя як мішень арт-терапії впливу в комплексному лікуванні хворих на шизофренію // Науковий журнал «ScienceRise: Medical Science». 2017. №12 (20). С.36-39.

8. Кришталь О.О. Динаміка психопатологічних порушень та рівня соціального функціонування у хворих на шизофренію під впливом комплексного лікування // Науковий журнал «ScienceRise: Medical Science». 2018. №2 (22). С.31-34.

#### **Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації**

9. Кришталь В.Е., Кришталь А.А. Современные подходы к системе реабилитации больных шизофренией // Научно-практическая конференция с международным участием «Интеграция психиатрии, психотерапии и психологи в современную медицину», АР Крым, г. Ялта, 6-7.06.2013 г.: – тезисы докладов. Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrca. Ялта. 2013. Том17, №2 (63). С. 42-43 (автором особисто запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали).

10. Kozhyna G.M., Korostiy V.I., Sukhoivanova O.I., Kryshstal O.O., Kryshstal V.E. The psychoeducation of psycho-social rehabilitation of patients with schizophrenia // Departamento de Ciencias Medicas Division de Ciencias de la Salud Campus Leon. XIV Reunion Internacional de Ciencias Medicas, Mexico, Guanajuato, 2014: – memorias. Mexico, Guanajuato. 2014. article: 36. P. 105 (автором особисто подано ідею, розроблено методологічні основи, проведено аналіз джерел наукової літератури, підготовлено висновки).

11. Kozhyna H., Korostiy V., Kryshstal O., Kryshstal V. The psycho-social rehabilitation of patients with schizophrenia // XVI world congress of Psychiatry «Focusing on access, quality and humane care», Madrid, Spain, 2014: – abstracts book. Oral & poster communications. Madrid, Spain. 2014. Vol. 6. P. 232 (автором особисто запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено матеріал до друку).

12. Кожина А.М., Коростий В.И., Кришталь В.Е., Кришталь А.А. Психосообразование в системе социально-психологической реабилитации больных шизофренией // Матеріали науково-практичної конференції «Інноваційні методи діагностики і лікування психічних і соматичних розладів психогенного походження (XVII Платонівські читання)», м. Харків, 16-17.10.2014 р.: – тези доповідей. Харків. 2014. С. 63-64 (автором особисто подано ідею, розроблено методологічні основи, проведено аналіз джерел наукової літератури, підготовлено висновки).

13. Kryshstal O. The features of art therapy in the complex rehabilitation of patients with schizophrenia // European Neuropsychopharmacology 28<sup>th</sup> ECNP Congress., September 2015.: – Abstracts. 2015. Vol 25, 2018. – S. 533.

14. Kryshstal O. The effectiveness of art therapy in the rehabilitation of patients with schizophrenia // DGPPN Kongress, Berlin, 25-28.11.2015.: – abstracts book. Berlin. 2015. P. 05-004.

15. Kozhyna H., Korostiy V., *Cryshstal A.* An Integrated System of the Rehabilitation of Patients with Schizophrenia // 23-rd European Congress of Psychiatry, Vienna, Austria, 2015. – abstracts book. Austria. 2015. article: 1702 (*автором особисто сформульовано проблему дослідження, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано та проаналізовано емпіричний матеріал*).

16. Кришталь О.О., Гайчук Л.М. Арт-терапія в сучасній системі медико-психологічної реабілітації хворих на шизофренію // Матеріали Міжнародного конгресу з медичної і соціальної реабілітації «MedsPsy Rehab», м. Київ, 30-31.10.2017 р.: – тези доповідей. Київ. 2017. С. 59-60 (*автором особисто запропоновано ідею роботи, здійснено аналіз отриманих даних, підготовлено матеріал до друку*).

17. Kozhyna H., *Krystal A.*, Mykhaylov V., Markova M., Gajchyk L. Efficiency of art therapy in the rehabilitation system schizophrenic patients // 26th European Congress of Psychiatry – 2018, France, March 2018.: – Abstracts in the journal of the European psychiatric association, March, 2018, Vol. 48. E.P.A. Nice, France, March, 2018. – S. 710 (*автором особисто подано ідею, проведено аналіз інформації, підготовлено висновки*).

18. Кришталь О.О. Оцінка ефективності арт-терапії в системі комплексного лікування хворих на шизофренію // Психологічне консультування та психотерапія: виклики сучасності, м. Харків, 15-16 листопада 2019 р.: – матеріали міжнародної науково-практичної конференції. Харків. 2019. С. 67-70.

19. Кришталь О.О. Арт-терапія, як компонент комплексного лікування хворих на шизофренію // Сучасні психологічні тенденції підтримки та відновлення психічного здоров'я особистості: теорія та практика, м. Харків, 13-14 грудня 2019 р.: – матеріали міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції. Харків. 2019. С. 46-47.

#### **Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації**

20. Пат. № 122821 (UA), МПК А61К 35/00 Спосіб комплексного лікування хворих на шизофренію. / Кожина Г.М., Зеленська К.О., Кришталь О.О. Хмаин С.; Харківський національний медичний університет; № u201708350; заявл. 14.08.2017; опубл. 25.01.2018. – 3 с. (*автором особисто запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали*).

21. Кожина Г.М., Зеленська К.О., Кришталь О.О. Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я №269-2018. «Метод комплексного лікування та реабілітації хворих на параноїдну шизофренію». // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я №269-2018. Київ. 4 с. (*автором особисто проаналізовано емпіричний матеріал, підготовлено висновки*).

## АНОТАЦІЯ

**Кришталь О.О. Арт-терапія у комплексному лікуванні та реабілітації хворих на параноїдну шизофренію. – Рукопис.**

Дисертація на здобуття наукового ступеню кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». – Харків, 2020.

У ході роботи з метою на основі клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей хворих на шизофренію розробити персоніфіковану систему їх комплексної терапії та реабілітації з використанням арт-терапії та оцінити її ефективність. Проведено комплексне обстеження 152 хворих, обох статей, у віці 20-45 років з встановленим діагнозом параноїдна шизофренія у період стабілізації стану. Основну групу, пацієнти якої приймали участь у арт-терапевтичній програмі, склали 95 хворих. В контрольну групу увійшли 57 хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні.

Розроблено курс арт-терапії з використанням технік «Малюнок хвороби», «Малюнок себе», «Зірка почуттів», «Панорама відносин», вільне малювання та ліплення (робота з пластиліном). Арт-терапевтична інтервенція мала довгостроковий характер і складається з двох послідовних блоків: основного (інтенсивного) – на стаціонарному етапі лікування і підтримуючого – на амбулаторному (позалікарняному).

Доведено доцільність використання в терапії хворих з апато-абулічним синдромом використання арт-терапевтичних технік «Малюнок хвороби», «Малюнок себе» та ліплення; на стаціонарному етапі – 10 занять по 45 хвилин, 2 рази на тиждень; амбулаторному етапі – 10 занять по 60 хвилин, 2 рази на тиждень. З галюцинаторно-параноїдним синдромом – «Малюнок себе», «Зірка почуттів» та вільне малювання. На стаціонарному етапі – 12 занять по 60 хвилин, 3 рази на тиждень, амбулаторному етапі – 8 занять по 90 хвилин, 1 раз на тиждень. З депресивно-параноїдним синдромом – «Малюнок себе», «Панорама відносин» та ліплення. Стаціонарний етап – 12 занять по 60 хвилин, 2 рази на тиждень; амбулаторний – 10 занять по 90 хвилин, 2 рази на тиждень. З параноїдним синдромом – «Малюнок хвороби», «Зірка почуттів», «Панорама відносин», вільне малювання та ліплення. Стаціонарний етап – 12 занять, по 90 хвилин з частотою 2 рази на тиждень. Амбулаторний етап – 10 занять, тривалістю 90 хвилин, 2 рази на тиждень.

Встановлена висока результативність використання арт-терапії у комплексному лікуванні хворих на шизофренію. У хворих основної групи на тлі використання антипсихотиків, психотерапії, психоосвіти у сполученні з арт-терапією відмічається якісна редукція психопатологічної симптоматики, нормалізація емоційного стану, виражена позитивна динаміка рівня соціального функціонування, перехід неконструктивних копінг-стратегій в конструктивні, позитивна динаміка показника якості життя хворих.

*Ключові слова:* шизофренія, арт-терапія, соціальне функціонування, психопатологічна симптоматика, копінг-стратегії, якість життя.

## АННОТАЦИЯ

**Кришталь А.А. Арт-терапия в комплексном лечении и реабилитации больных параноидной шизофренией.** – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.16 – психиатрия. ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины». – Харьков, 2020.

В ходе работы с целью на основе клинико-психопатологических и патопсихологических особенностей больных шизофренией разработать персонифицированную систему их комплексной терапии и реабилитации с использованием арт-терапии и оценить ее эффективность. Проведено комплексное обследование 152 больных, обоих полов, в возрасте 20-45 лет с установленным диагнозом параноидная шизофрения в период стабилизации состояния. Основную группу, пациенты которой принимали участие в арт-терапевтической программе, составили 95 больных. В контрольную группу вошли 57 больных, получавших стандартную регламентированную терапию в больнице.

Разработан курс арт-терапии с использованием техник «Рисунок болезни», «Рисунок себя», «Звезда чувств», «Панорама отношений», свободное рисование и лепка (работа с пластилином). Арт-терапевтическая интервенция имела долгосрочный характер и состоит из двух последовательных блоков: основного (интенсивного) – на стационарном этапе лечения и поддерживающего – на амбулаторном (внебольничном).

Доказана целесообразность использования в терапии больных с апато-абулическим синдромом необходимо использование арт-терапевтических техник «Рисунок болезни», «Рисунок себя» и лепка; на стационарном этапе – 10 занятий по 45 минут 2 раза в неделю, на амбулаторном этапе – 10 занятий по 60 минут 2 раза в неделю. С галлюцинаторно-параноидным синдромом – «Рисунок себя», «Звезда чувств» и свободное рисование. На стационарном этапе – 12 занятий по 60 минут 3 раза в неделю, амбулаторном этапе – 8 занятий по 90 минут 1 раз в неделю. С депрессивно-параноидным синдромом – «Рисунок себя», «Панорама отношений» и лепка. Стационарный этап – 12 занятий по 60 минут 2 раза в неделю амбулаторный – 10 занятий по 90 минут 2 раза в неделю. С параноидным синдромом – «Рисунок болезни», «Звезда чувств», «Панорама отношений», свободное рисование и лепка. Стационарный этап – 12 занятий, по 90 минут с частотой 2 раза в неделю. Амбулаторный этап – 10 занятий, продолжительностью 90 минут, 2 раза в неделю.

Установлена высокая результативность использования арт-терапии в комплексном лечении больных шизофренией. У больных основной группы на фоне использования антипсихотиков, психотерапии, психообразования в сочетании с арт-терапией отмечается качественная редукция психопатологической симптоматики, нормализация эмоционального состояния, выраженная положительная динамика уровня социального функционирования, переход неконструктивных копинг-стратегий в конструктивные, положительная динамика показателя качества жизни больных.

*Ключевые слова:* шизофрения, арт-терапия, социальное функционирование, психопатологическая симптоматика, копинг-стратегии, качество жизни.

## ABSTRACT

***Kryshchal O.O. Art therapy in the complex treatment and rehabilitation of patients with paranoid schizophrenia.*** - Manuscript.

The dissertation on competition of a scientific degree of the candidate of medical sciences on a specialty 14.01.16 - psychiatry. – SI "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine". – Kharkiv, 2020.

The aim of the study is to develop a personalized system of complex therapy and rehabilitation using art therapy and evaluate its effectiveness on the basis of clinical psychopathological and pathopsychological features of patients with schizophrenia. A comprehensive examination of 152 patients, both sexes, aged 20-45 years with a diagnosis of paranoid schizophrenia was conducted in the period of stabilization. The main group consisted of 95 patients, who participated in the art therapy program. 57 patients receiving standard therapy were in the control group.

A course of art therapy was developed using the techniques "Picture of the disease", "Picture of yourself", "Star of feelings", "Panorama of relations", free drawing and modeling (sculpting from plasticine). Art-therapeutic intervention was long-term and consisted of two consecutive blocks: the main (intensive) — in the inpatient stage of treatment and supportive — in the outpatient.

The expediency of using art therapeutic techniques "Picture of the disease", "Picture of yourself" and modeling in the treatment of patients with apatho-abulic syndrome is proved; at the inpatient stage - 10 classes of 45 minutes, 2 times a week; outpatient stage - 10 classes of 60 minutes, 2 times a week. With hallucinatory-paranoid syndrome - "Picture of yourself", "Star of feelings" and free drawing. At the inpatient stage - 12 classes of 60 minutes, 3 times a week, outpatient stage - 8 classes of 90 minutes, 1 time per week. With depressive-paranoid syndrome - "Drawing yourself", "Panorama of relationships" and modeling. Inpatient stage - 12 classes of 60 minutes, 2 times a week; outpatient - 10 classes of 90 hours, 2 times a week. With paranoid syndrome - "Picture of the disease", "Star of feelings", "Panorama of relations", free drawing and modeling. Inpatient stage - 12 classes, 90 minutes with a frequency of 2 times a week. Outpatient stage - 10 classes, lasting 90 minutes, 2 times a week.

The high efficiency of the use of art therapy in the complex treatment of patients with schizophrenia has been established. Patients of the main group showed qualitative reduction of psychopathological symptoms, normalization of emotional state, expressed positive dynamics of social functioning, the transition from unconstructive coping strategies to constructive, positive dynamics of quality of life, against the background use of antipsychotics, psychotherapy, psychoeducation with art therapy.

*Key words:* schizophrenia, art therapy, social functioning, psychopathological symptoms, coping strategies, quality of life.