

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

УДК 616.895.8-059-039.11:615.851]-08-035

*Т.Л. Ряполова***ДОКАЗАТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭКСПРЕССИВНЫХ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ В РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: экспрессивная психотерапия, доказательная медицина, шизофрения

Современный уровень развития «реабилитационного поля» деятельности в психиатрии характеризуется совершенствованием методологии организационных форм и методического обеспечения реабилитационного процесса. Инновационные подходы в этой сфере связаны главным образом с интегративными представлениями о биопсихосоциальной сущности психических расстройств, пациент-центрированной направленностью терапевтической тактики, предусматривающей сочетание биологического и психосоциального лечения, а также с необходимостью достижения социальной компетентности и автономии пациента. Именно такая концептуальная основа заложена в клинических протоколах оказания медицинской помощи больным шизофренией, в том числе с первым психотическим эпизодом.

Новые подходы к психофармакологическому лечению, показывающие большую терапевтическую эффективность, по сравнению с традиционными нейролептическими средствами, тем не менее, не являются антитезой психосоциальным вмешательствам. Возможности биологической терапии ограничены купированием («смягчением») клинических проявлений болезни и не могут быть адекватным инструментом для повышения адаптивных ресурсов личности пациента, улучшения его социальной компетентности и ролевых функций. Важнейшие задачи по социальному восстановлению пациентов решаются методами психо- и социотерапевтического вмешательства.

Развитие форм помощи, основанных на психосоциальных вмешательствах, входит в число приоритетов Европейской декларации и Европейского Плана действий по охране психического здоровья. В докладе ВОЗ «О состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда» (2001) указы-

валось, что психосоциальная реабилитация становится не просто методом, а всеобъемлющим процессом [1, 2]. Методы экспрессивной терапии являются существенным компонентом ранней психосоциальной реабилитации больных шизофренией [3].

С начала своей истории человек использовал музыку, изобразительное искусство, драму и танец для самовыражения и исцеления физически и психически больных, подъема себя на более высокий уровень развития. Экспрессивная терапия помогает индивидууму найти свое собственное «Я» с помощью различных форм искусства. В противоположность традиционной психотерапии экспрессивная терапия включает вербальные и невербальные способы выражения. Цели экспрессивной терапии заключаются в работе с непосредственной проблемой пациента, в оказании помощи пациенту в понимании им смысла своей личной и общественной жизни, в использовании имеющихся в распоряжении межличностных механизмов для развития взаимодействия и общения с окружающими, в развитии у пациента здорового чувства силы «Я», самоуважения и собственного достоинства, в стимулировании интеллектуальных, физических и эмоциональных способностей.

Наиболее распространенными методами экспрессивной терапии являются арт-терапия, музыкотерапия, терапия танцем и драма терапия. Их эффективность показана в ряде рандомизированных исследований, что является доказательной базой их использования в практической деятельности.

Арт-терапия в Великобритании развивалась в основном у взрослых пациентов психиатрических стационаров, являясь одним из методов терапии, наиболее удовлетворяющих потребности наиболее беспокойных больных во время их госпитализации. Арт-терапия уникальна еще и

потому, что ее материалы используются для установления контакта с беспокойными больными в психодинамической терапии [4]. Существует большое количество определений арт-терапии, однако ее основной принцип прослеживается во всех дефинициях и отражает возможность установления связи между пациентом и терапевтом. Британская ассоциация арт-терапевтов предлагает определение арт-терапии как метода «использования полученных в процессе терапии материалов для самовыражения и отражения в настоящем с помощью тренированного арт-терапевта. От клиента, включенного в арт-терапию, не требуется наличия предыдущего опыта или специальных навыков, задачей арт-терапевта не является эстетическая или диагностическая оценка образов пациента. Общей целью является дать возможность клиенту измениться и вырасти на личностном уровне путем использования арт-материалов в безопасной и способствующей развитию окружающей среде». Выделяется три «поля коммуникации» в процессе арт-терапии больных шизофренией: внутриличностное, промежуточное и межличностное [5]. Эти поля коммуникации существуют во взаимосвязи и взаимовлиянии. Внутриличностное поле ответственно за создание образов и сохраняется терапевтом для пациента. В соответствии с ним пациент развивает уникальное взаимодействие с арт-материалами, которое может привести к восстановлению символической конструкции. Промежуточное поле создает рамки для игры, где больной может экспериментировать с объектами в символической активности и убеждаться в том, что они не имеют конкретного воздействия на него или терапевта. Наконец, межличностное поле является взаимосвязью между пациентом и терапевтом на основании образов.

Было проведено 61 исследование эффективности арт-терапии у больных с тяжелыми психическими расстройствами, но лишь 2 рандомизированных исследования позволили дать оценку данному методу в сравнении со стандартным лечением больных, предусматривающим медикаментозное лечение, поддерживающую терапию, психообразовательные и когнитивно-поведенческие методы. В обоих исследованиях арт-терапия использовалась в комплексе со стандартной психиатрической помощью больным шизофренией. В сравнении с группой больных, получавших стандартное лечение, большинство пациентов, проходивших курс арт-терапии в сочетании со стандартной психиатрической помощью, завершили краткосрочное (n=90, 1 RCT, RR

0.97 CI от 0.41 до 2.29), средней продолжительности (n=47, 1 RCT, RR 0.34 CI от 0.15 до 0.80) и длительное (n=47, 1 RCT, RR 0.96 CI от 0.57 до 1.60) лечение. Сравнительное изучение психического состояния (SANS) показало небольшое, но значимое улучшение в группе больных, проходивших курс арт-терапии (n=73, 1 RCT, WMD -2.3 CI от -4.10 до -0.5). При краткосрочном использовании метода арт-терапии не было выявлено явных различий как в уровне социального функционирования больных в сравнении с исходным уровнем (n=70, 1 RCT, WMD 7.20 CI от -2.53 до 16.93), так и в качестве жизни (по методике PerQoL) пациентов, включенных в группу комплексной терапии (стандартное лечение + арт-терапия). Оба исследования имели ограниченное число участников, что не позволило оценить реальную успешность метода арт-терапии. Необходимо большее количество данных для определения эффективности метода у больных шизофренией [6].

Музыкотерапия определяется как «систематический процесс воздействия, в котором терапевт использует музыкальный опыт и взаимосвязи для развития у пациента динамических изменений» [7]. Музыкотерапия чаще воспринимается как психотерапевтический метод в том смысле, что он адресован интра- и интерпсихическому, так же как социальный процесс музыкального взаимодействия на уровне коммуникации, экспрессии и трансформации. Целью терапии является помощь больным с тяжелыми психическими расстройствами в развитии взаимосвязей, которые они не могут установить только с помощью слов. Модели музыкотерапии основаны на психоаналитической, гуманистической, когнитивно-поведенческой теориях [8, 9]. Подходы музыкотерапии могут быть описаны путем ее модальности, уровня структурированности и фокусирования на собственно музыке или вербальном выражении музыкального опыта. Модальность предусматривает различные виды активности пациента от игры или пения до свободной импровизации и воспроизведения песен. Степень структурированности определяется терапевтом и варьирует от четкого набора музыкальных произведений, предлагаемых терапевтом, до индивидуального выбора пациентом произведений и степени активности. Внимание может быть сфокусировано как на собственно звучании музыки, так и на вербальном выражении пациентом его отношения к музыкальному произведению. Музыкотерапия часто является посредником в коммуникации и выражении без

использования вербального языка. Музыкаотерапия способствует уникальной мотивации, установлению взаимосвязей и эмоциональной экспрессии, которые часто не могут быть достигнуты в процессе разговорной терапии [10, 11]. Установлено, что использование музыкаотерапии способствует повышению качества жизни [12].

В восьми рандомизированных исследованиях (всего 483 участника) изучались эффекты краткосрочной и средней продолжительности (от одного до четырех месяцев) музыкаотерапии в различном «дозировании» от семи до 78 сессий у больных шизофренией и шизофреноподобными расстройствами. При использовании музыкаотерапии в сочетании со стандартной помощью отмечалось значительное улучшение общего состояния в сравнении с группами больных, получавших только стандартную терапию, при средней продолжительности курса лечения (1 RCT, $n = 72$, RR 0.10 95% CI от 0.03 до 0.31, NNT 2 95% CI 1.2 to 2.2). Музыкаотерапия способствовала уменьшению негативных симптомов (4 RCTs, $n = 240$, согласно данным шкалы SANS, -0.74 95% CI от -1.00 до -0.47); улучшению общего психического состояния (1 RCT, $n = 69$, согласно шкале PANSS, -0.36 95% CI от -0.85 до 0.12; 2 RCTs, $n=100$, по шкале BPRS, -0.73 95% CI от -1.16 до -0.31); нивелированию симптомов депрессии (2 RCTs, $n = 90$, по шкале самооценки депрессии SDS, -0.63 95% CI от -1.06 до -0.21; 1 RCT, $n = 30$, по шкале депрессии Гамильтон (HAM-D), -0.52 95% CI от -1.25 до -0.21) и тревоги (1 RCT, $n = 60$, по шкале SAS, -0.61 95% CI от -1.13 до -0.09). Также было отмечено положительное воздействие на уровень социального функционирования (1 RCT, $n = 70$, по баллам шкалы SDSI, -0.78 95% CI от -1.27 до -0.28). Помимо этого, имелась тенденция положительного развития некоторых аспектов когнитивного функционирования и поведения благодаря музыкаотерапии. Эффекты, однако, были противоречивыми на протяжении исследований и зависели как от числа сессий, так и качества предлагаемой музыкаотерапии [13].

Танец использовался как целительный ритуал с начала истории человечества, однако профессиональное направление терапии танцем создано относительно недавно [14]. Терапия танцем или танцевальная двигательная терапия (DMT) определяется как психотерапевтическое использование движения как процесса, который способствует эмоциональной, социальной, когнитивной и физической интеграции индивидуума [15]. Данная терапия использует танец и

движение для выражения личностью эмоций на невербальном уровне. Терапевт помогает индивидууму интерпретировать его движения как звено личностных переживаний. Специального терапевтического танца нет. Танец выполняет терапевтическую функцию только под руководством специалиста или терапевта [16]. Терапевтический танец в любой ситуации с любыми участниками задействует мышление, эмоции, волевые процессы. Продолжительность сеанса терапии танцем варьирует от 20 до 90 минут в зависимости от напряженности участников и их толерантности. Модель сессии терапии танцем обычно включает следующие фазы: введение, эксплорация, основное действие, обзор и выводы. На стадии введения участники настраиваются и готовят тело к движению. Движения, возникающие на стадии введения, повторяются в фазе эксплорации. Некоторые из физически успешных и эмоционально значимых движений могут быть использованы в фазе основного действия. В фазе основного действия движения совершенствуются, скрытое внимание уделяется их психо-физическому содержанию. От этого процесса зависит определение последующих терапевтических шагов. Перед подведением итогов сессии предусмотрен просмотр материала. Терапевт с участниками решает, что полезное и успешное из достигнутого может быть извлечено и использовано в дальнейшем.

Принципы терапии танцем основаны на положении о том, что движения и эмоции находятся в реципрокном взаимодействии. Благодаря этим связям участник может реализовать глубокую связь с самим собой. С терапевтической точки зрения, существует достаточно большое количество факторов, которые делают танцевальную терапию пригодной для использования в лечебных целях. Во-первых, через движение тела танец стимулирует и освобождает чувства. Во-вторых, танец дает возможность участнику облегчить взаимодействие и невербальный контакт. В-третьих, некритическая терапевтическая обстановка часто ведет к уменьшению тревоги. В-четвертых, свободные движения в сочетании с ритмом способствуют физическому и эмоциональному комфорту. И, наконец, естественный ответ пациента на ритм стимулирует индивидуальные движения и поведение участника группы [17]. С технической точки зрения, обоснованием терапии танцем является «физический феномен, который способствует возникновению эмоций». Терапевт обучает клиента интерпретации моторной экспрессии и установлению свя-

зи между движением и чувствами, а затем – обогащению чувств через возможность к переживанию в движении.

Эффективность терапии танцем у больных шизофренией показана в одном слепом исследовании соответствующего качества (n=45). Сравнение проводилось в группах больных, проходивших терапию танцем в сочетании со стандартной помощью, и пациентами с рутинным подходом в терапии. Общий балл по шкале PANSS был примерно одинаковым в сравниваемых группах (WMD -0.50 CI от -11.8 до 10.8). В конце лечения у статистически значимо большего числа пациентов из группы терапии танцем отмечалась редукция негативных симптомов почти на 20% (по шкале PANSS, RR 0.62 CI от 0.39 до 0.97), а также снижение общего балла негативных проявлений (WMD -4.40 CI от -8.15 до 0.65). Не выявлено различий в уровне удовлетворенности (шкала CAT, WMD 0.40 CI от -0.78 до 1.58) и качестве жизни (шкала MANSA, WMD 0.00 CI от -0.48 до 0.48). Экспертами сделано заключение о необходимости проведения большого рандомизированного исследования исходов, таких как обострение, госпитализация, качество жизни, ранний отказ от участия в исследовании, стоимость помощи и удовлетворенность терапией танцем для прояснения эффективности использования танцевальной терапии у больных шизофренией, особенно у больных с негативными симптомами, резистентными к медикаментозной или разговорной терапии [18].

В Великобритании терапия драмой используется на протяжении нескольких десятилетий в случаях, когда более условная «разговорная терапия» оказывается неэффективной, например, у больных с умеренными или тяжелыми трудностями в обучении, при деменции, при длительно текущей шизофрении. У истоков драма-терапии стояли греческий театр с его идеями ритуалов и катарсиса, идеи Винникотт о совпадении игры и терапии [19] и концепции Боула о драме как социальном акте [20]. Обоснованием использования драма-терапии при шизофрении является то, терапия драмой как ориентированный на движение метод включает некоторые положительные черты, отсутствующие или слабо представленные в разговорной терапии. Одно из ключевых положений драма-терапии состоит в том, что драма является контейнером,местилищем. Особенностью больных шизофренией является непоследовательность в мышлении и эмоциях, которые трудно сохранять и удерживать. Поэтому использование традици-

онной психотерапии может быть проблематичным, так как предполагает хотя бы некоторую способность к саморегуляции мыслей и чувств. Более формальная структура драма-терапии и ее разделение между миром драмы и миром группы может предложить внешнюю регуляцию как компенсацию поврежденной саморегуляции [21]. Другой идеей драма-терапии является эстетическая дистанцированность [22]. Элемент «притворства» в драме допускает, работу участников с чувствительным для них материалом. Эффект дистанцирования в драме (проигрывание фантазий в метафорической или символической форме) делает возможным проработку материала в безопасной форме («это всего лишь рассказ»). Основной формой драма-терапии является креативно-экспрессивный метод [23] с использованием драматических игр и импровизационных упражнений, поощряющих спонтанность и творческий поход в рамках безопасности. Драма-терапия поощряет участников к распознаванию собственных проекций в проигрываемых ролях, к модификации или экспериментированию с ролями. Третий подход позволяет использовать архетипические мифы, сказки, фольклор из различных культур с их способностью отражать и помогать разрешению задач развития личности [24, 25].

Несмотря на достаточно большое количество исследований драма-терапии у стационарных больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, не получено достоверных данных о позитивном или негативном воздействии данного метода. Возможно, это связано с разнородным характером проводимой терапии (в одном исследовании драма-терапия являлась активным методом воздействия, в другом – использовалось проигрывание ролей, в третьем использовалась групповая социодрама, в двух исследованиях – психодрама), а также культуральными особенностями вмешательств (два исследования проводились в Китае) и недостаточным количеством исследованных показателей. Необходимо продолжить проведение исследований драма-терапии как одного из эффективных методов психотерапевтических воздействий у больных с расстройствами шизофренического спектра [26].

В рамках интегративной программы ранней психосоциальной реабилитации больных шизофренией и заболеваний шизофренического спектра на базе отделений медико-социальной реабилитации КЛПУ «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Донецк и КЛПУ

«Областная клиническая психиатрическая больница», г. Ждановка осуществлялась попытка внедрения методов экспрессивной терапии в сочетании с другими психотерапевтическими подходами. Группа пациентов, прошедших курс реабилитационного вмешательства с элементами экспрессивной терапии, состояла из 73 человек, группа сравнения (пациенты, получавшие только биологическое лечение) – из 70 человек.

В процессе групповой арт-терапии (например, создание тематических коллажей «счастье и гнев», «любимое место», «автопортрет на коробке», занятия флористикой) были задействованы различные психотерапевтические факторы (художественной экспрессии, коммуникативный, интерпретации и вербальной обратной связи). Процесс творчества тренировал у пациентов такие качества как умение владеть собой, ответственность, контроль, выбор и принятие решений. В результате больные начинали испытывать удовлетворенность результатами и процессом деятельности, что повышало самооценку, улучшало взаимоотношения с окружающими,

ми, способствовало углублению культурных интересов и знаний и формированию новых потребностей. Использование танцевальных движений во время утренней гимнастики с одной стороны, повысило общую активность и подвижность пациентов, с другой – способствовало снятию эмоционального напряжения, приобретению большей свободы выражения своих переживаний, являлось наиболее простым средством тренировки взаимодействия между больными. Включение музыки в повседневное окружение оказывало регулирующее влияние на психовегетативные процессы, благоприятствовало эмоциональной разрядке, регулированию эмоциональных состояний, повышению социальной активности больных.

Таким образом, использование данных доказательной медицины об эффективности методов экспрессивной терапии является основанием для комплексного внедрения в индивидуальные программы ранней реабилитации больных шизофренией арт-терапии, музыкотерапии, терапии танцем, драма-терапии.

Т.Л. Ряполова

ДОКАЗОВИЙ ПІДХІД У ВИКОРИСТАННІ ЕКСПРЕСИВНИХ МЕТОДІВ ПСИХОТЕРАПІЇ В РАННІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У статті наведено дані метааналізів наукових оглядів стосовно проблеми ефективності методів експресивної терапії, таких як арт-терапія, музикотерапія, терапія танцем, драма-терапія. Свідчення доказової медицини покладені в основу використання елементів експресивної терапії в ранній психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 2 (29). — С. 103-108).

T.L. Ryapolova

EVIDENCE-BASED APPROACH IN THE USE OF EXPRESSIVE PSYCHOTHERAPEUTICAL METHODS IN THE EARLY REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Donetsk National Medical University named after M.Gorkiy

Data of metaanalyses of the scientific reviews on the problem of the effectiveness of the expressive therapy methods such as art-therapy, music therapy, dance therapy, drama therapy are shown in the article. Evidence-based medicine data are put in the background of the use of the expressive therapy elements in the early psycho-social rehabilitation of the schizophrenic patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 103-108).

Литература

1. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире. - ВОЗ, Женева, 2001. - 243 с.

2. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, И. В. Жигулина - Донецк: «Каштан», 2009. - 583 с.

3. Ряполова Т. Л. Ранняя реабилитация больных шизофренией (био-психосоциальная модель): автореф. дис. на соиск ученой степ. докт. мед. наук: спец. 14.00.16 «Психиатрия». - Харьков., 2010. - 36 с.

4. Deco S. Return to the open studio group. Art therapy groups in acute psychiatry / In: S. Skaife, V. Huet (ed). Art psychotherapy groups. Between pictures and words. - London & New York: Routledge. - 1998. - 256 p.

5. Killick K., Greenwood H. Research in art therapy with people who have psychotic illnesses / In: A. Gilroy, C. Lee (ed). Art and music therapy and research. - London & New York: Routledge. - 1995. - 518 p.

6. Ruddy R., Milnes D. Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses / R. Ruddy, D. Milnes // Cochrane Database of Systematic Reviews. - 2005. - Issue 4 [DOI: 10.1002/14651858.CD003728. pub2].

7. Bruscia K.E. Defining music therapy. / K.E. Bruscia // 2nd Edition. - Gilsum, NH: Barcelona Publishers. - 1998. - 118 p.

8. Gold C. Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis / C. Gold, H.P. Solli, V. Krüger, S.A. Lie // Clinical Psychology Review. - 2009. - Vol. 29, №3. - P. 193 - 207.

9. Wigram T. Indications in music therapy: Evidence from assessment that can identify the expectations of music therapy as a treatment for autistic spectrum disorder (ASD). Meeting the challenge of evidence based practice / T. Wigram // *British Journal of Music Therapy*. – 2002. – Vol. 16, №1. – P. 5 – 28.
10. Rolvsjord R. Sophie learns to play her songs of tears: A case study exploring the dialectics between didactic and psychotherapeutic music therapy practices / R. Rolvsjord // *Nordic Journal of Music Therapy*. – 2001. – Vol. 10, №1. – P. 77 – 85.
11. Solli H.P. “Shut up and play!” Improvisational use of popular music for a man with schizophrenia / H.P. Solli // *Nordic Journal of Music Therapy*. – 2008. – Vol.17, №1. – P. 67 – 77.
12. Ansdell G., Meehan J. “Some light at the end of the tunnel”: Exploring users’ evidence for the effectiveness of music therapy in adult mental health settings / G. Ansdell, J. Meehan // *Music and Medicine*. – 2010. – Vol. 2, №1. – P. 29 – 40.
13. Müssler K. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders / K. Müssler, X. Chen, T.O. Haldal, C. Gold // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2011. - Issue 12. [DOI: 10.1002/14651858. CD004025. pub3].
14. Chodorow J. Dance therapy and depth psychology: the moving imagination / J. Chodorow. - London: Routledge. - 1991. – 345p.
15. Payne H. Dance movement therapy - theory, research and practice. 2nd Edition / H. Payne. - Sussex: Routledge. - 2006. – 384p.
16. Exiner J., Kelynack D. Dance therapy redefined - a body approach to therapeutic dance / J. Exiner, D. Kelynack. - Springfield, IL: Charles C Thomas. - 1994. – 534p.
17. Espenak L. Dance therapy - theory and application / L. Espenak, A. Adler, A. Lowen. - Springfield, IL: Charles C Thomas. - 1981. - 423p.
18. Xia J., Grant T.J. Dance therapy for schizophrenia / J. Xia, T.J. Grant // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2009. - Issue 1 [DOI: 10.1002/14651858.CD006868.pub2].
19. Winnicott D.W. *Playing and Reality* / D.W. Winnicott. - London: Tavistock Publications. - 1971. – 213p.
20. Boal A. *The Theatre of the Oppressed* / A. Boal. - London: Routledge. - 1982. – 243p.
21. Bielanska A. Drama Therapy as a Means of Rehabilitation for Schizophrenic Patients - Our Impressions / A. Bielanska, A. Cechnicki, P. Budzynadawidowski // *American Journal of Psychotherapy*. – 1991. – Vol. 45, № 4. – P. 566 – 75.
22. Jones P. Dramatherapy: Five core processes / P. Jones // *Dramatherapy*. – 1993. – Vol. 14, №1. – P. 8 – 15.
23. Jennings S. *Dramatherapy with Families, Groups and Individuals: Waiting in the Wings*. *Dramatherapy with Families, Groups and Individuals: Waiting in the Wings* / S. Jennings. - London: Jessica Kingsley Publishers, Ltd. - 1990. – 264p.
24. Bettelheim B. *The Uses of Enchantment: the Meaning and Importance of Fairytales* / B. Bettelheim. - Harmondsworth: Penguin. - 1976. - 258p.
25. Phantasy Therapy in psychiatry: Rediscovering reality in phantasy / G.B Schmid., R. Eisenhut [et al.] // *Forschende Komplementarmedizin Und Klassische Naturheilkunde*. – 2002. – Vol. 9, №5. – P. 283–291.
26. Ruddy R., Dent-Brown K. Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses / R. Ruddy, K. Dent-Brown // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2007. - Issue 1 [DOI: 10.1002/14651858. CD005378. pub2].

Поступила в редакцию 04.07.2012