

НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ЧАСТНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МОСКОВСКИЙ ИНСТИТУТ ПСИХОАНАЛИЗА»

**Факультет клинической психологии**

ТЕМА

**Применение арт-техник в психотерапевтической работе с людьми с  
психотическими и аффективными расстройствами**

Выпускная квалификационная работа - МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ  
по направлению подготовки 37.04.01 «Психология»

студентки группы  
**toptem.ru**

Профиль

**8 (800) 100-67-87**  
«Клинико-психологическое консультирование с основами психотерапии»

**info@toptem.ru**

Научный руководитель  
доктор психологических наук,  
профессор

Москва 202

СОДЕРЖАНИЕ

	2
ВВЕДЕНИЕ .....	3
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРИМЕНЕНИЯ АРТ-ТЕХНИК В РАБОТЕ С ЛЮДЬМИ С АФФЕКТИВНЫМИ И ПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	8
1.1. Понятие аффективных и психотических расстройств в психологической литературе .....	8
1.2. Теоретическое обоснование эффективности психотерапевтической работы с аффективными и психотическими расстройствами с помощью арт-терапии .....	15
ГЛАВА II. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ АФФЕКТИВНЫХ И ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.....	32
2.1. Этапы, методы, методики исследования .....	32
2.2. Характеристика выборки и анализ результатов исследований на формирующем этапе исследования.....	38
ГЛАВА III. ПРОГРАММА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ АРТ-ТЕХНИК И ЭМПИРИЧЕСКОЕ КОНТРОЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	50
3.1. Описание программы психотерапевтической работы с людьми с аффективными и психотическими расстройствами с применением арт-техник	50
3.2. Анализ результатов на контрольном этапе исследования .....	69
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	59
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	79
ПРИЛОЖЕНИЯ .....	1

## ВВЕДЕНИЕ

### Актуальность исследования

В настоящее время, по данным ВОЗ, происходит рост заболеваемости психическими расстройствами. Как известно, каждый 4-5 житель во всем мире страдает различными видами психических расстройств. Наиболее распространенными видами являются аффективные расстройства, такие как депрессия и биполярное аффективное расстройство (БАР), а также психотические расстройства шизо-спектра (около 40-53 % случаев среди выявленных психических расстройств). Такие заболевания существенно влияют на функциональность больных (когнитивные способности, эмоционально-волевую сферу), способность к адаптации в обществе (коммуникабельность, семейные и дружеские связи) и трудоспособность, что в совокупности приводит к инвалидизации в молодом и среднем возрасте.

Как правило, терапия пациентов с такими заболеваниями ограничивается медикаментозными средствами. Психотерапевтическая работа проводится значительно реже и не имеет экспериментально доказанного статистически значимого эффекта. Низкая эффективность психотерапии отчасти связана с объективными дефектами психики, обусловленными этими заболеваниями (недостаток внимания, памяти, специфическое разноплановое мышление, сниженное настроение и другие), которые препятствуют психотерапевтической работе. С другой стороны, сам психотерапевтический процесс может стать травмирующим психику фактором, который может спровоцировать обострение заболевания. И наконец социально-экономическое положение больных, низкое материальное положение и отсутствие общедоступных бесплатных программ создают препятствия для получения услуг психологов.

Поэтому важно глубже исследовать влияние этих заболеваний на психику человека и с учетом этого влияния предлагать доступные и

эффективные психокоррекционные и психотерапевтические программы с использованием наиболее мягких, щадящих методов. Одним из таких методов традиционно считается арт-терапия, которая применялась психиатрической и психологической практике с самого их появления.

В настоящее время, благодаря развитию психиатрии, клинической психологии, психотерапии и институтов психосоциальной реабилитации возможности терапии психических расстройств существенно возросли. И в частности, арт-терапия из психосоциального или «развлекательного» инструмента приобретает значение эффективной психотерапевтической техники, с помощью которой можно улучшить психическое состояние и качество жизни людей с психическими заболеваниями, даже самыми тяжелыми из них, такими как аффективные и психотические расстройства.

**Объект исследования** – психическое состояние людей с аффективными и психотическими расстройствами.

**Предмет исследования** – эффективность применения разработанной психотерапевтической программы с применением арт-техник для улучшения психического состояния людей с аффективными и психотическими расстройствами.

**Цель исследования** – теоретическое и практическое обоснование эффективности психотерапевтической работы с аффективными и психотическими расстройствами с помощью техник арт-терапии.

**Гипотеза** - психотерапевтическая работа с применением техник арт-терапии будет способствовать улучшению психического состояния по ряду показателей у людей с аффективными и психотическими расстройствами

Для достижения поставленной цели и проверки выдвинутой гипотезы в работе нужно решить следующие **задачи исследования**:

1. Теоретический анализ проблемы исследования.
2. Эмпирическое исследование психических состояний у лиц с

аффективными и психотическими расстройствами.

3. Качественно-количественный анализ результатов исследования.
4. Разработка программы психотерапевтической работы с людьми с аффективными и психотическими расстройствами с применением арт-техник.
5. Анализ результатов.

#### **Методы исследования:**

1. Теоретические методы:

Анализ специальной литературы по проблемам аффективных и психотических расстройств, а также по психотерапевтическому применению методов арт-терапии.

2. Эмпирические методы:

- Анкетирование участников исследования,
- психодиагностика (таблицы Шульте, тест слежения, заучивание 10 слов, ВАСС, тест (комплексной) фигуры Роя-Остеррица, копирование, тест Векслера, оценка уровня самооценки),
- группировка и обработка первичных данных,
- качественный анализ,
- наблюдение в процессе психотерапевтической работы.

Совокупность использования данных методов позволяет охватить репрезентативную аудиторию, установить объективные проявления аффективных и психотических расстройств у больных, а также оценить эффективность разработанной арт-терапевтической программы.

Теоретическую основу исследования составили труды отечественных и зарубежных ученых: В.Я. Апчел, Н.И. Бережная, В.А. Бодров, М.И. Боришевский, Дж. Гринберг, Ю.Н. Гурьянов, А.П. Катунин, Т.В. Кириченко, Л.А. Китаев-Смык, Р.В. Куприянов, О.В. Лозгачева, И.Г. Малкина-Пых, В.И. Моросанова, Р.А. Тигранян, Ю.В. Щербатых и др.

#### **Характеристика выборки исследования**

В исследовании приняли участие 44 человека с психическими расстройствами, для целей исследования, разделенные на две группы:

— Группа 1 - 20 человек с аффективными расстройствами, с установленными диагнозами F30 – F39 по МКБ-10, такими как биполярное аффективное расстройство, рекуррентная депрессия.

— Группа 2 - 22 человека с психотическими расстройствами, с установленным диагнозами F20 – F29 по МКБ-10, такими как: шизофрения, шизоаффективное расстройство, психоз.

Критериями включения в исследование были: возраст 18 – 45 лет; подтвержденный диагноз.

Критерии невключения были обострение заболевания и злоупотребление психоактивными веществами.

В контрольную группу вошли 20 человек без психических расстройств.

**Экспериментальная база исследования:** исследование проводилось на базе группы поддержки людей с психическими расстройствами Благотворительного фонда «Просто люди».

**Теоретическая значимость исследования:**

В работе представлено теоретическое обоснование понятий «аффективных и психотических расстройств», а также теоретическое обоснование эффективности применения арт-техник в психотерапевтической работе с людьми, страдающими такими расстройствами.

#### **Практическая значимость исследования:**

Представленное исследование может стать основой для более масштабного, в том числе лонгитюдного исследования. Разработанная арт-терапевтическая программа подтверждает позитивную динамику самочувствия людей с аффективными и психотическими расстройствами, и может быть применена практикующими психологами как в клинических условиях, так и амбулаторно.

**Объем и структура работы.** Работа состоит из введения, трех глав,

заклучения, списка литературы (50 наименований), 4 приложения, всего 85 страниц (без приложений). В тексте представлено 7 рисунков и 16 таблиц.

### **Основные положения.**

Психотические и аффективные расстройства негативно влияют на психическое состояние людей. Согласно проведенному исследованию, показатели внимания, памяти, самооценки и другие снижены у исследуемых пациентов по сравнению с контрольной группой психически здоровых людей. Указанные нарушения когнитивных и эмоционально-волевых функций негативно влияют на функциональность больных и адаптацию в обществе, приводит к нетрудоспособности и ранней инвалидизации.

Указанные нарушения менее выражены у людей с аффективными расстройствами (Группа 1), чем у людей с психотическими расстройствами (Группа 2).

Групповая психотерапия с применением арт-техник, проведенная в рамках исследования, позитивно воздействует на эмоциональную, волевою, коммуникативную сферу и нравственно-смысловые аспекты личности. Такая психотерапевтическая работа также позитивно влияет на когнитивные способности больных и другие показатели их функциональности (настроение, самооценка, творческая реализация и др.).

# ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРИМЕНЕНИЯ АРТ-ТЕХНИК В РАБОТЕ С ЛЮДЬМИ С АФФЕКТИВНЫМИ И ПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

## 1.1. Понятие аффективных и психотических расстройств в психологической литературе

В начале теоретического исследования проблематики аффективных и психотических расстройств рассмотрим современное понимание понятий «аффективное расстройство», «психоз» и «психотическое расстройство», которые не просто разграничить в психодиагностической и психотерапевтической практике психологов.

### Аффективные расстройства

Аффективное расстройство (или расстройство настроения) определяется как эмоциональное нарушение, проявляющееся в продолжительных или повторяющихся эпизодах, при которых настроение и уровень активности больного в значительной степени нарушаются, что может выразиться в форме повышения уровня настроения, энергии и активности (мания или гипомания), или снижения (депрессия).

Согласно МКБ-10, аффективные расстройства относятся к классу F30 – F39 и включают такие состояния как маниакальный эпизод, биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, устойчивые расстройства настроения и иные (неуточненные) расстройства настроения, не дающие оснований классифицировать их по вышеуказанным рубрикам [29].

Среди аффективных расстройств, наиболее тяжелыми и длительными заболеваниями считаются биполярное аффективное расстройство и рекуррентная депрессия, на которых мы остановимся подробнее.

### Депрессия



Депрессия может проявляться в виде единичного депрессивного эпизода или длительного психического заболевания – рекуррентной депрессии. Депрессивные симптомы могут также сопутствовать иным психическим или органическим заболеваниям, в том числе психотическим расстройствам, алкоголизму, деменции и другим.

С точки зрения психологии, «симптомы депрессии проявляются в трех областях души – в мышлении, чувствах и воле. Это состояние также затрагивает жизненные силы (витальные симптомы) и может сопровождаться суицидальными настроениями» [39, с. 241]. С точки зрения мышления депрессия характеризуется негативными, деструктивными, мрачными мыслями, сниженной самооценкой. Часто снижены когнитивные способности, внимание, концентрация, переключаемость внимания и общий интеллектуальный потенциал человека. Общий фон настроения снижен, снижается способность радоваться, получать удовольствие, интерес к жизни. Депрессия часто сопровождается тревогой, и в этом случае можно говорить о тревожно-депрессивном расстройстве. Соматически выражены усталость, апатия, ухудшение качества сна, снижение либидо, нарушения аппетита и пищевого поведения.

Расстройство, характеризующееся повторяющимися эпизодами депрессии, называется рекуррентным депрессивным расстройством [29].

### **Биполярное аффективное расстройство**

При биполярном аффективном расстройстве (сокращенно, «БАР») в течение длительного периода времени (иногда, всей жизни человека) чередуются периоды экстремально сниженного и повышенного настроения, то есть депрессивные и маниакальные фазы (или эпизоды). Кроме того, могут возникать смешанные состояния — периоды, когда симптомы мании и депрессии присутствуют одновременно, делая человека активным, но при этом мрачным и раздражительным. До 1990-х лет это заболевание

официально называлось маниакально-депрессивным психозом (МДП).

Не любые перепады настроения дают основание для постановки диагноза биполярное аффективное расстройство. Для постановки диагноза необходимо, чтобы эпизоды подавленного настроения длились не менее двух недель подряд, а необоснованно приподнятого — не менее 4-7 дней подряд. Если выраженных циклов настроения нет, и оно меняется хаотично, вероятно, причина в чем-то другом (например, в расстройстве личности).

В современной международной классификации МКБ-11 выделяют несколько типов биполярного расстройства [59].

БАР I типа, при котором возникают яркие мании — периоды бурной активности, общительности и эйфорического настроения. Такие мании могут сочетаться с психотическими признаками, что сближает такие заболевания с психотическими расстройствами, например, шизоаффективным расстройством, и поэтому требует тщательной диагностики. За маниакальными эпизодами часто следуют депрессивные фазы той или иной степени тяжести. Между маниакальными и депрессивными эпизодами для БАР I типа есть периоды «интермиссий», то есть состояния с ровным, стабильным и адекватным настроением. Часто при БАР I встречаются смешанные маниакально-депрессивные эпизоды.

При БАР II типа у больных не развиваются полноценные маниакальные эпизоды. Длительные тяжелые депрессии чередуются с промежутками ровного, адекватного настроения и умеренно приподнятого и активного настроения (гипоманиями). Гипомании, в отличие от маний, бывают очень продуктивными: человек ясно и быстро мыслит, чрезвычайно работоспособен, креативен, эффективен, активен и при этом почти не испытывает усталости. Но это состояние опасно, потому что истощает психику и в итоге приводит к депрессии, которая может длиться месяцами. Нередко депрессивные эпизоды сопровождаются суицидальными мыслями и намерениями.

Риск возникновения психотических состояний при БАР II значительно ниже, чем при БАР I. С другой стороны, этот вид заболевания труднее распознать в клинической практике, поскольку выраженные депрессивные эпизоды чередуются с нормальным или «слишком хорошим» настроением, что в целом укладывается в представление о специфике характера, личных особенностях или жизненной ситуации, и немногие подозревают, что за этими проявлениями может стоять психическое заболевание.

К биполярному спектру заболеваний также относится циклотимия — отдельное расстройство, которое некоторые ученые считают относительно легким вариантом БАР. При циклотимии циклы настроения сравнительно непродолжительны и выражены с достаточной силой, чтобы влиять на жизнь человека, но как правило не доходят до уровня маний, гипоманий и депрессий.

[toptem.ru](http://toptem.ru)

Психоз

8 (800) 100-67-87

Психоз в концептуальной психиатрии трактуется как состояние, характеризующееся регистрацией эйдетической психопатологической симптоматики, включающими аффективные психотические, паранойяльные бредовые, галлюцинаторные и бредовые, парафренические, кататоно-гебефренические состояния, разноплановость мышления и спутанность сознания.

Как отмечает А.Рюмке, «наиболее важным признаком любого психоза является потеря контакта с объективной реальностью, выражающееся в виде бреда, галлюцинации или странного поведения. При рассмотрении многих психотических явлений следует учитывать, что они отражают внутренние конфликты, желания или страхи пациента. Именно так обстоит дело в случае кратковременного и/или реактивного психоза. Когда психоз принимает шизофреническую форму, бывает гораздо труднее проникнуть в душевный мир пациента и отыскать какой-либо смысл его симптомах. Нарушение проявляются на различных уровнях: восприятия, мышления, чувств,

поступков» [39, с.162].

Коротко рассмотрим виды психических дисфункций при психозе:

1. Галлюцинации обусловлены нарушениями функции восприятия; в этих состояниях человек помимо своей воли видит, слышит или физически ощущает то, чего нет в объективной реальности.

2. Расстройства мышления (или бредовые расстройства) выражаются в нарушении темпа, формы и содержания мышления. При нарушении темпа мышления мыслительный процесс может быть неестественно быстрым или наоборот замедленным. Нарушения формы мышления проявляются в магическом мышлении, нарушения логических и причинно-следственных связей, нарушении ассоциативного ряда («соскальзывание»), бессвязном мышлении, гениальных и возвышенных идеях, смысл которых больной не может объяснить. По содержанию бред характеризуется иллюзорным мышлением, когда явления объективной реальности воспринимаются и интерпретируются (больным с мыслительным искажением), что во многих случаях сопровождается странным поведением.

3. Аффективные (эмоциональные) проявления психоза выражаются в виде «острых», не соответствующих реальному контексту эмоциональных реакций – вспышках гнева, радости или печали, которые не понятны окружающим. В другом варианте проявляется «плоский аффект», или уплощение эмоциональной сферы, когда происходящие события не вызывают у больного никакого эмоционального отклика. Нередко встречается сочетание этих двух типов аффекта, под названием «дерево-стекло»: некоторые незначительные происшествия (например, «пошел дождь») вызывают неоправданно бурную реакцию, а жизненно значимые (например, смерть близкого человека) наоборот оставляют больного полностью равнодушным.

4. Расстройства поведения при психозе характеризуются нелогичными, странными, непоследовательными, символическими и мистическими

действиями, смысл которых не понятен окружающим. Как правило нарушения поведения обусловлены указанными выше нарушениями восприятия и мышления. И.П. Киреева указывает, что поведение больного определяется психотической симптоматикой с утратой волевого контроля. Отсутствует критическая оценка своего состояния как болезненного [20]. То есть в психозе человек теряет способность критически воспринимать свое поведение и оценивать свое состояние как «не нормальное» или болезненное.

На физиологическом уровне психоз — это выброс очень большого количества нейромедиатора дофамина. Так, современные научные исследования показывают, что у больных шизофренией аномально устроена диаминовая система, и выработка этого нейромедиатора идет гораздо активнее, чем у других людей.

Следует подчеркнуть, что психоз не всегда является признаком психического, в частности психотического расстройства. Так, в современной психологической литературе под психозом обычно подразумевают психотический приступ, то есть единичный, отдельно взятый случай с психотической симптоматикой, описанной выше.

У психически здоровых людей психотический приступ может быть спровоцирован внешними или соматическими причинами. Например, алкоголь, наркотики, тяжелое отравление, травма мозга, а иногда и невыносимый уровень стресса могут вызывать психозы.

### **Психотические расстройства**

Психотические расстройства — это группа психических заболеваний, которые сопровождаются психотическими симптомами. При наличии таких заболеваний у больных периодически возникают психозы. Следует отметить, что в психологической литературе под понятием «психоз» часто понимается «психотическое расстройство». В этом значении слово «психоз»

устарело, и когда речь идет о стойком психическом заболевании правильно употреблять термин «психотическое расстройство».

Согласно МКБ-10, психотические расстройства относятся к классу F20 – F29 и включают такие заболевания как шизофрения, шизотипическое расстройство, хронические бредовые расстройства, острые и преходящие психотические расстройства, индуцированное бредовое расстройство, шизоаффективные расстройства, другие неорганические психотические расстройства бредового или галлюцинаторного характера, неорганический психоз неуточненного характера [29].

В психиатрической практике выделяют также близкое к психотическим заболеваниям понятие «психотические симптомы», включающее психомоторное возбуждение или заторможенность, галлюцинации, бред, кататонические нарушения и признаки спутанности сознания, которые могут быть вызваны не психическим заболеванием, а например органическим заболеванием головного мозга и/или нервной системы.

Для комплексной диагностической оценки этих состояний следует дополнить операциональную диагностику рубрик международных классификаций и диагностических руководств (в соответствии с набором стандартных критериев) более сложной, основанной на результатах углубленного клинико-психопатологического исследования концептуальной диагностикой, включающей синдромологическую оценку и характеристику типа течения [29].

Следует обратить внимание на то, что психотические расстройства часто сложно отличить от аффективных расстройств, при которых периодически возникают психозы. Так, например, современное биполярное аффективное расстройство до 1990-х лет официально называлось "маниакально-депрессивным психозом". Сейчас этот термин устарел, но поскольку он встречается в профессиональной психологической и психиатрической литературе, посвященной терапии людей с такими

расстройствами, мы будем использовать его в работе.

Так, одной из ключевых категорий в клинической психологии остается понятие маниакально-депрессивного психоза, при котором негативные расстройства личности нарастают крайне медленно после повторных частых и длительных психотических фаз и ограничиваются своеобразной психопатизацией с усилением преморбидных личностных особенностей и появлением истощаемости (феномен «одряхления психики»).

Переходные формы включают состояния, при которых в структуру фаз входят коморбидные депрессии, или бредовые мании, или галлюцинаторные переживания в виде эпизодов с чувственно-бредовой (идеи обвинения, наказания, вины, ипохондрические), образно-бредовой (идеи особого происхождения, особых качеств, особой миссии) или галлюцинаторной (обвиняющие или блатожелательные голоса) симптоматикой.

## 1.2. Теоретическое обоснование эффективности психотерапевтической работы с аффективными и психотическими расстройствами с помощью арт-терапии

### Психиатрическое лечение

Психиатрическое лечение аффективных и психотических расстройств предусматривает психофармакологическую (медикаментозную) терапию.

Психормакологическая терапия включает три основные группы медикаментов:

- 1) Антипсихотики (нейролептики), направленные на подавление психозов, бредовой, галлюцинаторной и маниакальной симптоматики за счёт снижения уровня нейромедиаторов дофамина, серотонина и норадреналина.
- 2) Антидепрессанты применяют в качестве основного средства для лечения депрессии, депрессивной симптоматики у людей с биполярным аффективным расстройством, но могут также

использоваться в качестве для лечения депрессивных и негативных симптомов у больных шизофренией. Антидепрессанты повышают концентрацию нейромедиатора серотонина.

- 3) Нормотимики или стабилизаторы настроения, как отмечает Д.И.Малин, используют в качестве основного средства при лечении биполярных расстройств. Общей особенностью этих препаратов является способность вызывать редукцию маниакального синдрома, а при длительном применении — ослаблять выраженность и частоту рецидивов аффективных нарушений и предотвращать смену фаз заболевания [27].

Немедикаментозное лечение биполярного аффективного психотического расстройства также может включать электроконвульсивную терапию (ЭСТ) и латеральную терапию.

Проблема эффективности психиатрического лечения заключается в том, что медикаменты устраняют только лишь биологические причины психических расстройств, оказывая влияние на нейромедиаторы головного мозга, однако никак не воздействуют на генетологические и психосоциальные аспекты болезни, которые могут быть как одной из причин, так и следствием заболевания. Кроме того, психиатрическое лечение не решает психологических проблем, свойственных людям с психическими расстройствами, так же, как и любому человеку: в отношениях с близкими, на работе, не помогает разобраться в причинах своего самочувствия, преодолеть жизненный кризис и т.д.

Поэтому современный подход к терапии психических расстройств включает три обязательных компонента: (1) психиатрическое лечение; (2) психотерапию; (3) психосоциальную работу (организация групп поддержки, психопросвещение, социальное сопровождение, сопровождаемое трудоустройство и иные социальные мероприятия).

Как отмечает А.Минделл, «хотя существует достаточно признаков



того, что психология и психиатрия могут развиваться вместе, в настоящее время для оказания помощи своим клиентам врач-практик по психическим заболеваниям обычно пользуется приемами разных областей психологии, медицины и психиатрии. Эти различные дисциплины, опирающиеся на разные, подчас находящиеся в противоречии друг другу философии, имеют разные методы эмпирического исследования лечения, однако имеют дело одним тем же человеком. Медицина пытается дать возможность пациентам функционировать таким же образом, как окружающие. Тем не менее, поскольку медицина сама по себе может и не улучшить качество жизни индивида, многие терапевты часто привносят в свою практику психологические интервенции» [31 с. 17].

## Психотерапия [toptem.ru](http://toptem.ru)

Психотерапия, согласно формальному определению — это целенаправленное упорядочивание нарушенной психической деятельности психологическими средствами, то есть с помощью разговорных методов и межличностных отношений. Иными словами, психотерапевт помогает с помощью слов и личной эмоциональной поддержки. Психотерапия может быть основным методом лечения психических расстройств, а может дополнять терапию медикаментами.

В терапии психотических и аффективных расстройств психотерапия помогает поддерживать стабильное состояние больного (профилактика новых приступов расстройства); избежать повторных госпитализаций; уменьшить выраженность симптомов; снизить тревожность и ощущение безнадежности; улучшить функционирование в обществе и в отношениях. Практика показывает, что регулярная психотерапия оказывает положительное влияние на психику больных в долгосрочной перспективе [12].

Однако, как отмечает А.Минделл, «большинство отраслей психологии

в наши дни, однако, не в состоянии по отдельности справиться тяжелыми психиатрическими ситуациями» [31 с. 17]. Требуется комплексный, мультидисциплинарный подход, сочетающий достижения психиатрии и различных школ и направлений психологии. Далее мы рассмотрим, какие направления и методы применяются в современной психологии для терапии аффективных и психотических расстройств, и как эти методы могут сочетаться для устойчивого повышения качества жизни пациентов.

### **Когнитивно-поведенческая терапия**

Наиболее распространенным и при этом научно обоснованным подходом в терапии психических расстройств считается когнитивно-поведенческая терапия (сокращенно – «КПТ»). Это направление стало результатом объединения двух направлений: когнитивного, то есть направленного на изменение мышления, и бихевиорального, направленного на изменение поведения.

Когнитивно-поведенческие терапевты исходят из того, что люди с детства усваивают множество иррациональных мыслей, убеждений и привычек, которые затем воспроизводят, не задумываясь.

Когнитивно-поведенческие терапевты разработали подробные методики для лечения большинства психических расстройств. Во многих случаях (например, при тревожных расстройствах, нетяжелой депрессии, некоторых расстройствах личности) успешное использование когнитивных техник может заменить медикаменты. При тяжелых хронических расстройствах (например, биполярном расстройстве и шизофрении) КПТ служит полезным дополнением к лекарственной терапии.

При лечении психотических и хронических аффективных расстройств целью когнитивно-поведенческой терапии является сокращение частоты и интенсивности проявления психотических симптомов, а также маниакальных и депрессивных фаз болезни, усиление контроля над собой и собственной

жизнью, адаптация в социальной жизни. А.Рюмке считает, что «такая директивной форма терапии наиболее успешно срабатывает против бредовых иллюзий и помогает бороться и с прочими проявлениями психоза, в особенности с голосами. Терапия направлена на мир переживаний пациента и носит исследовательский характер. Пациента побуждают ставить под вопрос собственные ощущения и убеждения, подыскивая им по мере возможности альтернативные объяснения» [39, с. 197].

Во время выполнения мыслительных упражнений по когнитивно-поведенческой терапии следует уделять как можно больше внимания здоровым, сохранным качествам личности и стимулировать способности человека к логическому мышлению. Например, пациента просят записывать все болезненные проявления (мысли, эмоции, поведения), и затем, с участием психотерапевта исследовать эти проявления с помощью логических инструментов. Однако для успешного прохождения КПТ-терапии необходимо активное участие клиента и ясное мышление, что бывает затруднительным при выраженном эмоционально-волевом дефекте и снижении когнитивных функций у людей с психическими расстройствами. Поэтому, к сожалению, этот подход часто не подходит для людей с аффективными и психотическими расстройствами.

### **Психоанализ и гуманистический подход**

По тем же причинам затруднена терапия аффективных и психотических расстройств в психоаналитическом и гуманистическом направлениях, которые помимо высокого уровня интеллекта и ясного мышления предполагает также развитое образное и структурное восприятие и философское осмысление событий своей жизни.

В психотерапевтической практике остается спорным вопрос, следует ли исследовать образный и смысловой уровень мышления клиента, который проявляется в психотических и аффективных симптомах: зрительные

галлюцинации, голоса, бредовые образы, сверхценные идеи и т.п. Отчасти это связано с тем, что понимание этих состояний требует от терапевта выхода на другой уровень мышления. «Психоз означает жизнь в собственном мире. И пациент, и лечащий врач могут испытывать затруднения при попытке понять друг друга. Когда терапевт рассматривает психотические переживания лишь как отклонения от нормы и болезнь, это, в сущности, звучит обвинительным приговором для пациента. Кроме того, иногда странный мир ощущений пациента вызывает у терапевта страх» [39, с.228].

Многие терапевты аналитической и гуманистической школ осознанно отказываются от терапии клиентов с аффективными и психотическими расстройствами, опасаясь, что обсуждение психотических и травмирующих ситуаций и переживаний и ситуаций может спровоцировать обострение заболевания. Еще К.Г. Юнг в контексте работы с образным, архетипическим материалом, отмечал, что «хотя все переживается образно-символически, здесь неизбежен весьма реальный риск (это не книжные опасности), поскольку судьба человека часто зависит от переживаемой трансформации. Главная опасность заключается в искушении поддаться чарующему влиянию архетипов. Так чаще всего и происходит, когда архетипические образы воздействуют помимо сознания, без сознания. При наличии психологических предрасположений, а это совсем не такое уж редкое обстоятельство, архетипические фигуры ... вообще освобождаются контроля сознания. Они приобретают полную самостоятельность, производя тем самым феномен одержимости» [51, с.140].

И тем не менее, по мнению современных терапевтов, в терапевтическом процессе «существуют разнообразные точки соприкосновения: психотические переживания сами по себе (например, голоса их интерпретация), значение, которое пациент придает бредовой ситуации... Много усилий прилагается для того чтобы пациент перестал игнорировать появляющиеся голоса или избегать интерпретации своих

иллюзий, напротив пациента подбадривают к исследованию и активному рассмотрению устрашающих его вещей наряду со всеми их последствиями» [39, с. 197].

Ряд авторов высказывает мнение, что симптомы заболевания, будь то бредовые идеи и галлюцинации, являются своеобразной попыткой коммуникации с внешним миром, «криком о помощи» или констатацией права на свое место в нем с теми внутренними конфликтами и переживаниями, которые были сформированы в течение жизни. Выражение этих, подчас очень сложных и скрытых глубоко в подсознании явлений, принимает такие причудливые формы как «голоса», вымышленная, бредовая картина мира, эксцентричное поведение. Иногда эти симптомы «в символических образах рассказывают кое-что о внутренних конфликтах пациента, и поэтому нужно приложить максимум усилий, чтобы понять содержание психотических ощущений, явленных в форме бредовых иллюзий или галлюцинаций и сопоставить их с биографией пациента. Попытаться понять, однако не означает последовать за ходом психотических мыслей. Хороший терапевт проявляет уважение к пациенту и его душевному миру, но в тоже время никогда не теряет связи с объективной реальностью» [39, с.195].

В рамках гуманистической школы считается, что психическое заболевание может истолковываться как «фаза внутреннего роста, из которой пациент должен выйти более мудрым, обогатившись самопознанием и жизненным опытом. Поэтому такие духовно ориентированные методы терапии как психосинтез, логотерапия и антропософия придают большую ценность осмыслению» [39, с.62].

### **Групповая терапия**

Одной из наиболее популярных форм построения терапевтической работы с людьми с тяжелыми психическими расстройствами является

групповая терапия. Наиболее активно она используется в клинической практике, но по мере развития социальных институтов помощи пациентам встречается в амбулаторной практике. Создаются группы поддержки и взаимопомощи пациентов, которые могут проходить в формате дружеских встреч пациентов (по модели программы 12 шагов), а также могут проводиться под руководством психологов и психотерапевтов. По мнению А. Минделла, «групповая терапия способствует интеграции клиента в обществе. Эта форма терапии связана теорией систем и семейной терапией, причем оба эти метода работают с коммуникативными проблемами в рамках изначального окружения клиента. В основе данных методов лежит предположение о том, что проблемы клиента непосредственно обуславливаются средой, из которой он вышел» [31, с.25].

Групповая терапия показывает высокую эффективность, поскольку она позволяет преодолеть отчуждение, которое часто возникает между «здоровым» терапевтом и «больным» клиентом, которые по умолчанию находятся как бы в разных мирах. Работа в группе позволяет создать неповторимую атмосферу соприкосновения участников группы и преодолеть эти барьеры. При этом в групповой работе необходимо учитывать клиническую картину заболевания участников, «обязательно сформулировать такие цели и задачи, которые соответствуют данной клинической ситуации и которых можно достичь в поставленные сроки. Цели должны быть ясны не только терапевтам, но также и участникам группы» [53, с. 524].

Учитывая то, что групповая психотерапия является динамическим методом работы с возможностью возникновения конфликтных и травмирующих ситуаций между участниками группы, важной задачей терапевта является подбор наиболее эффективных, и при этом мягких методик в работе. Как отмечал И. Ялом, «важно, чтобы пребывание в группе стало для участников успешным опытом: часто люди, прибегающие к

терапии, деморализованы, чувствуют себя неудачниками и меньше всего им нужна ещё одна неудача» [53, с. 524].

### **Арт-терапия**

Применение арт-техник как в рамках указанных классических подходов (КПТ, психоанализ и гуманистическая школа), так в других направлениях психотерапии позволяет преодолеть отмеченные сложности в работе с людьми с аффективными и психотическими расстройствами, а также в целом повысить эффективность терапии.

Арт-терапия или буквально «исцеление с помощью искусства» не является самостоятельным подходом в психотерапии. Это мягкая и в то же время глубокая техника, которая позволяет повысить эффективность психотерапевтического процесса, в особенности в тех случаях, когда применение классических словесных, логических и аналитических методов затруднено. Арт-терапия имеет минимальное количество ограничений и противопоказаний и может быть использована в психодиагностике, психотерапии и консультационной работе психологов. Арт-терапия также применяется в педагогике и социальной работе. Метод арт-терапии к наиболее древним и естественным формам коррекции эмоциональных состояний, которым многие люди пользуются самостоятельно – чтобы снять накопленное психическое напряжение, успокоиться, сосредоточиться [26].

Понятие «арт-терапия» ввел в употребление художник А. Хилл в 1938 году при описании своей работы с туберкулезными больными в санаториях. В середине 19 века арт-терапевтические методы стали активно применять в психиатрических клиниках.

В психотерапевтической практике арт-терапию начал З. Фрейда, в первую очередь в его знаменитой практике толкования снов. В его представлении продукт художественной деятельности клиента является продуктом подсознания, находящего выражение в символической форме под

влиянием подавления и вытеснения со стороны сверх-контроля [44].

К.Г. Юнг также рассматривал процесс творчества как животворный и исцеляющий процесс, который «складывается из бессознательного одухотворения архетипа, его развертывания и пластического оформления вплоть до завершения произведения искусства. Художественное развертывание праобраза есть в определенном смысле его перевод на язык современности, после чего каждый получает возможность, так сказать, снова обрести доступ к глубочайшим источникам жизни, которые иначе остались для него семью замками» [51, с. 303].

Психиатрия давно признает эффективность арт-программ для комплексной терапии психотических и аффективных расстройств, которые как в нашей стране, так и за рубежом преобладают в клинической практике. В случае с аффективными расстройствами, такими как депрессия, «обеднение эмоций и сосредоточенность на собственном «я» лучше всего излечиваются арт-терапией и искусством вообще» [39, с. 287].

Арт-терапия ориентирована на выражении чувств и эмоций, а также учит клиента (пациента) обращать внимание на свою внутреннюю жизнь, не обесценивая свои переживания как «болезненные», «вредные и ненормальные». При этом творческий процесс позволяет придавать внутренним субъективным переживаниям такую форму, которая адекватно воспринимается окружающими: это может быть рисунок, театральное выступление, музыка, сказка. Практически любые проявления субъективной реальности, могут быть выражены и реализованы с помощью искусства. Арт-терапия способна открыть в пациенте «неожиданные возможности, укрепить его веру в себе эмоции, чувства, импульсы и переживания, которые бывает подчас трудно передать словами. Метод терапии творчеством предоставляет пациенту шанс выразить свой внутренний мир иным способом нежели словом и мыслью. Помимо экспрессивного характера, ей присущ и импульсивный компонент, нарисованные им самим или кем-то другим



картины могут затронуть пациента и открыть ему глаза на то, чего он вряд ли смог бы достичь одними разговорами» [39, с. 68]. А если дополнить творческий процесс обсуждением и анализом переживаний, например с использованием методов когнитивно-поведенческой, аналитической или гуманистической школ, то арт-терапевтический процесс помогает менять и трансформировать мышление и поведение психотических пациентов. В арт-терапии действует принцип: «в творческом процессе можно изменить все то, что в жизни кажется изменить невозможно».

Арт-терапия – (лат. *ars* – искусство, греч. *therapeia* – лечение) представляет собой метод психологической коррекции с помощью художественного творчества. Основной целью арт-терапии является выявление, проявление и объективное выражение эмоций, чувств и переживаний человека в объективной реальности. Продукт художественного творчества (рисунок, музыка, скульптура, телесная метафора, сказка или драматическое произведение и др.) иногда лучше чем рассудок передает информацию о внутреннем мире человека. С помощью творчества люди способны проявить свою индивидуальность и уникальность, развивать созидательные и креативные способности, а также находить новые формы взаимодействия с внешним миром.

Выделяют несколько форм арт-терапии:

- (1) активная – клиент самостоятельно создает творческий продукт;
- (2) пассивная – клиент использует художественные произведения созданные другими, например метафорические ассоциативные карты, фильмы, сказки;
- (2) смешанная – используются существующие произведения для создания собственных продуктов (например, фотоколлаж) [9].

По видам творчества, арт-терапию можно разделить на:

- (1) Визуальную (работа с рисунками, живописью, фотографиями)
- (2) Пластическую (песок, глина, скульптура)

- (3) Слуховую (музыка, ритм, пение)
- (4) Телесно-ориентированную (пантомима, мимика, танец)
- (5) Повествовательную (сказка, фильм, работа со снами и др.)
- (7) Театральную (психодрама, библиодрама и тп).

Существует два основных подхода в арт-терапии:

1. Феноменологический подход предполагает, что искусство обладает целительной силой само по себе. Пробуждение собственной креативности, творческое самовыражение и создание художественного произведения не требует дополнительного анализа и действует непосредственно на душу человека. В частности, такого подхода придерживается Ю.Е. Красный [25].

2. Психотерапевтический подход предполагает, что арт-терапия должна отвечать целям и задачам психотерапии. Художественное творчество помогает разблокировать вытесненные или сдерживаемые переживания, с помощью символики и метафоры проявить их, но не менее важна сознательная и аналитическая работа с произведенным материалом. В таком контексте арт-терапия является дополнительным методом, который работает только в сочетании с другими психотерапевтическими методиками.

В психологической практике арт-терапия наиболее часто применяется в следующих областях:

- в работе с детьми и подростками, а также в системной семейной терапии
- при работе с психотравмой, в кризисных состояниях, при посттравматическом стрессовом расстройстве;
- при переживании возрастных и жизненных кризисов;
- при работе с людьми с ограниченными возможностями здоровья, в частности с ограничениями по слуху, речевыми и двигательными нарушениями.

Следует обратить внимание на то, что применение рисуночных и проективных тестов в рамках психодиагностики в строгом смысле слова не

относится к арт-терапии, поскольку не имеет терапевтических целей. Однако даже выполнение диагностических заданий и обсуждение их с психологом, проводящим исследование, может иметь терапевтическое значение и означать движение к более глубокому пониманию своего внутреннего мира и его проявлений.

Одно из важных преимуществ арт-терапии в том, что искусство позволяет в скрытой символической форме реконструировать конфликтную травмирующую ситуацию и найти ее разрешение благодаря тому, что творчество – является одной из трансформирующих сил для преодоления страха, тревоги, возникших в связи с внутренним конфликтом. Как писал Д.В.Винникотт, «творчество, которое мы изучаем, характеризует общий подход, обращение индивида с внешним миром. При условии удовлетворительного развития мозговых структур и интеллекта, достаточного для того, чтобы позволить человеку стать личностью, живущей и принимающей участие в жизни сообщества, все, что происходит, — является творчеством, за исключением тех случаев, когда человек болен или подвергается воздействию социальных факторов подавляющих его творческий процесс» [10, с. 53].

Как отмечает А.И. Копытин, «независимо от особенностей подхода и конкретной формы организации арт-терапевтических занятий при их проведении обычно обязательными являются такие условия, как: психологическая безопасность участников процесса, отказ от оценивания процесса и результатов творческой деятельности, приватность и конфиденциальность, партнерство в отношениях клиента и специалиста, неограниченная свобода выбора клиентом изобразительных материалов и способов работы с ними, тем и сюжетов для творчества, допустимость отступления от традиционных изобразительных форм, делегирование клиенту ответственности за процесс и результаты деятельности (что, в частности, связано с использованием так называемого недирективного

подхода)» [22, с. 19].

Таким образом, арт-терапия представляет собой совокупность психологических методов воздействия, применяемых в контексте изобразительной деятельности клиента и психотерапевтических отношений и используемых с целью лечения, психокоррекции, психопрофилактики, реабилитации и личностного развития.

Одним из важных преимуществ арт-терапии заключается в том, что искусство позволяет в скрытой символической форме реконструировать конфликтную травмирующую ситуацию и найти ее разрешение. «В процессе арт-терапии опыт психической травмы поначалу может выражаться посредством символических и досимволических форм и лишь после этого может быть описан словами» [22, с. 25].

Одним из основных инструментов арт-терапии является символический язык – образ, символ, метафора. С помощью символики автор художественного произведения создает свою собственную систему сбора, хранения, трансформации и использования информации, полученной из области бессознательного. Символику используемую в творческих произведениях, можно разделить на несколько групп:

- Геометрические фигуры (круг, квадрат, треугольник, спираль, точка, волнистая и прямая линия и др.);
- Цвета и их сочетания (свет, тьма, красный, желтый, розовый и др.);
- Природная символика (огонь, вода, воздух, солнце, звезды, космос и др.);
- Временная символика (времена года, день, ночь, часы и др.);
- Предметы, созданные человеком для определенных целей (например, зеркало, дом, меч, корона);
- Мифологическая и религиозная символика (ангелы, боги, демоны, феи и др.).

Появление тех или иных символов в художественном продукте может

недвусмысленно передавать те психические процессы, которые переживает автор произведения. В то же время, «толкование» символики в арт-терапии не может проводиться поверхностно, и требует тщательного анализа. В целом, значение символики должно рассматриваться на нескольких уровнях: (1) общечеловеческий или архетипический уровень; (2) социо-культуральный уровень; (3) личностный уровень. Так, например, геометрическая фигура крест, на общечеловеческом уровне воспринимается как пересечение, устойчивость, в христианской культуре – символизирует распятие и воскресение, в современной культуре – означает конец, зачеркивание («поставить крест»), а на личном уровне может быть связан с какой-то персональной историей. Поэтому в психотерапии (в отличие от психодиагностики) ни в коем случае не допускается произвольное толкование терапевтом художественных работ клиента. Напротив, смысл работы с символикой – это выразить словами то, что было «зашифровано» в символической форме, то есть проводится осознанная аналитическая работа с символическим и художественным материалом.

В работе с людьми с психическими расстройствами арт-терапия исторически применяется в клинической психиатрической практике, как способ организации досуга пациентов, самовыражения, коммуникации и облегчения переживаний.

В психотерапевтической работе с людьми с аффективными и психотическими расстройствами арт-терапия должна применяться с учётом их актуального психического состояния. В частности, не рекомендуется применять чрезмерно возбуждающие методы (например, в танце-двигательной терапии), проводить глубинный анализ проявленных травмирующих переживаний, требовать чёткого и логичного их осмысления [23]. И конечно, арт-терапия противопоказана в острых стадиях заболеваний, таких как мания и психоз. Но в целом, по нашему мнению, применение арт-техник в работе с людьми с аффективными и психотическими

расстройствами имеет минимальное количество противопоказаний и повышает эффективность терапевтического процесса.

[toptem.ru](http://toptem.ru)  
8 (800) 100-67-87  
[info@toptem.ru](mailto:info@toptem.ru)

### Выводы по теоретической главе

1. Аффективные и психотические расстройства являются одними из наиболее тяжелых и распространенных психических заболеваний, с трудом поддающимися терапии.

2. Современный подход к терапии и реабилитации таких больных предусматривает комплекс из трёх мер (1) психиатрическое лечение, (2) психотерапию, (3) психосоциальную реабилитацию.

3. Арт-терапия является методом психотерапии и психокоррекции, который показывает эффективность как в качестве основного подхода к терапии психических расстройств, так и вспомогательного, дополняющего медикаментозную терапию и терапию с применением иных методов.

**toptem.ru**  
**8 (800) 100-67-87**  
**info@toptem.ru**

## ГЛАВА II. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ АФФЕКТИВНЫХ И ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

### 2.1. Этапы, методы, методики исследования

В исследовании приняли участие следующие группы исследуемых:

1) Группа 1 из 20 пациентов с диагнозом «Аффективное расстройство» (F30 – F39 по МКБ-10) - биполярное аффективное расстройство или рекуррентная депрессия. 10 человек из этой группы прошли психокоррекционную программу с применением арт-техник (Подгруппа 1.1), 10 человек – не проходили (Подгруппа 1.2).

2) Группа 2 из 22 пациентов диагнозом «Психотическое расстройство» (F20 – F29 по МКБ -10) - шизофрения, шизоаффективное расстройство, психоз. 10 человек из этой группы прошли психокоррекционную программу с применением арт-техник (Подгруппа 2.1), 12 человек – не проходили (Подгруппа 2.2).

3) Контрольная группа, состоящая из 20 человек.

В выборку исследования были включены респонденты, удовлетворяющие следующим критериям:

- возраст 18–45 лет,
- подтвержденный психиатром диагноз «аффективное расстройство» или «психотическое расстройство»;
- этап стабилизации заболевания или ремиссия.

Критерием исключения являлись обострение заболевания, психозы или злоупотребление психоактивными веществами.

Большинство из участников мужчины – 75% в Группе 1, 65% в Группе 2. Средний возраст – 30,5 лет ± 10. Большинство участников имеют среднее или среднее специальное образование – 65% в Группе 1, 45% в Группе 2. Остальные участники исследования имеют высшее или незаконченное высшее образование. 40% участников на момент проведения



исследования не работали и не учились.

Контрольная группа состояла из 20 человек без психических расстройств, 60% - мужчины, средний возраст 30,5 лет $\pm$ 9, 50% из них со средним или средним специальным образованием, 50% с высшим образованием.

В исследовании были использованы клинический метод, метод экспериментальной (патопсихологической) диагностики, которые обычно применяются при диагностике психических расстройств, представленные в таблице 1.

Таблица 1

### Методы патопсихологической диагностики

Показатели	Методики
Внимание и работоспособность	Таблицы Шульте, среднее время выполнения, с
Активность внимания	ТМТ-А, тест слежения, время выполнения, с
Переключаемость внимания	ТМТ-В, тест слежения, время выполнения, с
Объем кратковременной вербальной памяти	Тест Лурия, Заучивание 10 слов, 1 предъявление
Долговременная память	Тест Лурия, Заучивание 10 слов, отсроченное воспроизведение
Рабочая память	Тест ВАСС, количество правильно воспроизведенных числовых рядов
Зрительно-конструктивные способности	Тест комплексной фигуры Рея–Остеррица, копирование, балл
Кратковременная зрительно-моторная память	Тест комплексной фигуры Рея–Остеррица, непосредственное воспроизведение, балл
Долговременная зрительно-моторная память	Тест комплексной фигуры Рея–Остеррица, отсроченное воспроизведение, балл
Скорость обработки информации	Тест Векслера, субтест «Шифровка», шкальная оценка

Количественные показатели были выражены средним и стандартным отклонением ( $M \pm \sigma$ ). Качественные переменные выражены абсолютными значениями (баллы) и процентными долями от нормативных показателей —  $n$  (%).

Кратко опишем использованные эмпирические методы исследования:

### **Таблицы Шульте**

Методика позволяет исследовать степень концентрации внимания и общую работоспособность. Респонденту предлагается набор из 5 карточек, на котором в произвольном порядке изображены цифры от 1 до 25. Экспериментатор дает инструкцию отследить цифры по порядку указывая на них и называя их вслух. Время, затраченное на прохождение каждой таблицы, фиксируется в секундах. В норме среднее время для выполнения задания составляет 30–40 секунд. Меньшее время, допущенные ошибки, снижение темпа к концу задания могут свидетельствовать о нарушениях внимания и истощаемости работоспособности в динамике.

### **ТМТ – тест прокладывания путей (слежения)**

Данный тест позволяет определить уровень зрительного внимания и скорость переработки информации (субтест А), а также переключаемость внимания и гибкость мышления (субтест В). Для проведения субтеста А в качестве стимульного материала предлагается карточка с 25 цифрами, расположенными в хаотическом порядке, которые испытуемый должен соединить линиями в прямой последовательности. При проведении субтеста В предлагается карточка с числами от 1 до 13 и буквы от А до М. Испытуемый должен по порядку соединить цифры с буквами. Результаты формируются с учетом возрастной нормы.

### **Тест А.Р. Лурия «10 слов»**

Эта методика используется для оценки состояния памяти, утомляемости, активности внимания. Перед началом исследования экспериментатор записывает в одну строчку ряд простых коротких слов, не имеющих между собой никакой связи. Экспериментатор читает 10 слов и предлагает запомнить. После этого испытуемый повторяет те слова, которые он запомнил в любом порядке. После первого теста слова зачитываются еще несколько раз, и воспроизведение повторяется. Тест повторяется до полного запоминания всего ряда из 10 слов. Для оценки уровня долговременной памяти испытуемому предлагается вспомнить все 10 слов через час. Коэффициент запоминания высчитывается по определенной формуле.

### **Тест ВАСС – шкала краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией**

Тест состоит из шести субтестов, которые позволяют оценить когнитивные функции, которые часто бывают нарушены у пациентов с шизофренией: скорость обработки информации, рабочая память, слуховая память, планирование. В рамках исследования оценивалась рабочая память. Испытуемому необходимо было воспроизвести числовые ряды из цифр, расположив их в возрастающем порядке.

### **Тест комплексной фигуры Рея–Остеррица**

Эта методика применяется для оценки когнитивных дисфункций у больных психическими заболеваниями. Тест направлен на исследование зрительно-конструктивных способностей, кратковременной и долговременной зрительно-моторной памяти. Суть теста заключается в следующем: испытуемому предъявляется сложная геометрическая фигура, которую предлагается скопировать (перерисовать как можно точнее), затем воспроизвести после короткой отсрочки по памяти (непосредственное

воспроизведение) и вновь воспроизвести фигуру по памяти через длительное время (отсроченное воспроизведение). Результат подсчитывается в баллах по определенным шкалам.

### **Тест Д. Векслера, субтест «Шифровка»**

Тест применяется для оценки зрительно-моторной скорости обработки информации. На стимульном материале цифры 1 – 9 коррелируют с определенными символами, для каждой цифры – свой знак. Необходимо записать в произвольном числовом ряду соответствующий символ за 90 минут. Оценка определяется по количеству правильно «зашифрованных цифр».

Для верификации полученных результатов использовались дополнительные методики.

### **Диагностика самооценки по методике Г.Н. Казанцевой**

Для диагностики уровня самооценки личности использовалась методика

Г.Н. Казанцевой. Самооценка — оценка человеком самого себя, своих возможностей, личностных качеств и своего места/уровня среди других людей. Высокая самооценка в целом является индикатором его удовлетворенности собой и окружающим миром, стимулирует конструктивные отношения с окружающими и личностный рост. И наоборот низкая самооценка свидетельствует о негативном отношении к самому себе, проблемах во взаимоотношениях с людьми и неудовлетворенности жизнью в целом. В случае с людьми с психическими расстройствами интерес для исследования также представлял вопрос: насколько адекватно и критично респонденты оценивают себя и свое положение среди людей.

Методика Казанцевой построена в форме традиционного опросника из 20 вопросов, на которые респонденты отвечают «да», «нет» или «не знаю».

Результаты подсчитываются по определенному алгоритму (каждому ответу присваивается количественный балл). Конечный результат может находиться в интервале от  $-10$  до  $+1$ . Результат  $-10$  до  $-4$  свидетельствует о низкой самооценке; от  $+4$  до  $+10$  – о высокой самооценке.

### **Методика исследования самооценки С.А.Будасси**

Метод Будасси основан на том, что представления человека о самом себе проявляются в двух формах «я – реальный» и «я – идеальный». В норме эти две концепции не совпадают: «Я-реальное» (такой как я есть) не соответствует тому, каким я хотел бы быть («Я-идеальное»). Значительный разрыв между реальным и идеальным представлением о себе может свидетельствовать о внутренних конфликтах, неудовлетворенности жизнью и являться препятствием для развития личности. Тестирование по методике Будасси также проводится в форме опросника с подсчётом количества баллов.

### **Краткий ориентировочный тест (КОТ)**

Данный тест проводится по методике В.Н.Бузина, Э.Ф.Вандерлика и предназначен для диагностики общего уровня интеллектуальных способностей (IQ). Задания теста подобраны таким образом, чтобы получить охват всех основных интеллектуальных функций индивида. Цель обработки результатов – определение интегрального показателя общих умственных способностей (Ип). Его подсчитывают по количеству правильно решенных задач. Полученный результат сравнивают со шкалой нормативных уровней общих умственных способностей.

### **Тест зрительной и слуховой памяти по методике К.Мейли**

Тестирование проводится в два этапа. На первом этапе исследуется зрительная память – для запоминания предлагается 30 картинок с

различными предметами, а на втором этапе проводят исследование слуховой памяти, предлагая наборы из 30 слов. Полученные результаты подсчитываются в процентах: в норме, приравненной к 100%, взрослые воспроизводят 18-20 зрительных образов и 20-22 слов. Отклонения от этой нормы выражаются в процентах.

Результаты исследования по дополнительным методикам представлены в приложениях 1 - 4.

Для обработки и анализа полученных данных применяли критерий ранговой корреляции Спирмена. Метод ранговой корреляции Спирмена позволяет определить тесноту (силу) и направление корреляционной связи между двумя признаками или двумя профилями (иерархиями) признаков.

Для подсчета ранговой корреляции Спирмена необходимо располагать двумя рядами значений, которые могут быть проанжированы.

Для сравнения независимых выборок применялся статистический критерий Манна-Уитни. Указанный критерий позволяет выявить различия определенных количественных параметров между малыми выборками.

Значимыми считались различия показателей между выборками при  $p \leq 0,05$ . Данные были обработаны с применением программы Microsoft Office Excel.

## **2.2. Характеристика выборки и анализ результатов исследований на формирующем этапе исследования**

Анализ результатов эмпирического исследования по группам испытуемых в Группа 1 - люди с аффективными расстройствами (Подгруппы 1.1. и 1.2) и Группа 2 – люди с психотическими расстройствами (Подгруппы 2.1 и 2.2), а также их сопоставление с контрольной группой представлены в таблицах 2 и 3.

*Таблица 2*

### **Сравнение показателей пациентов с аффективными и психотическими расстройствами и контрольной группы**

Показатели	Подгруппа 1.1 n=10	Подгруппа 1.2 n=10	Подгруппа 2.1 n=10	Подгруппа 2.2 n=12	Контрольн я группа
Внимание и работоспособность (Шульте)	37,96±7,6	39,54±5,1	40,96±7,6	41,22±7,1	31,56±2,1
ТМТ-А, активность внимания	35,41±6,21	34,11±7,04	47,12±5,21	45,96±7,85	27,24±4,01
ТМТ-В, переключаемость внимания	90,71±14,9	89,63±11,25	90,90±13,9	91,25±12,63	68,03±10,03
Объем кратковременной вербальной памяти (10 слов)	6,01±0,91	6,54±1,03	5,52±0,72	6,03±2,85	7,81±0,15
Долговременная память (10 слов)	8,03±0,67	7,13±1,25	6,21±0,47	5,96±2,13	9,68±0,32
Рабочая память (BACS)	18,29±3,17	18,36±2,98	16,7±2,13	16,9±2,885	21,13±1,78
Зрительно-конструктивные Способности (комплексная фигура)	43,87±8,33	42,63±7,65	42,87±6,72	41,26±5,87	46,17±9,4
Кратковременная зрительно-моторная память (комплексная фигура)	33,75±7,18	31,52±9,18	31,75±4,19	32,63±5,96	47,51±5,23
Долговременная зрительно-моторная память (комплексная фигура)	32,15±5,5	33,54±5,8	29,82±4,6	26,93±6,87	36,82±3,5
Скорость обработки информации, (тест Векслера)	9,53±2,13	10,57±2,87	8,63±1,91	9,56±2,56	11,52±5,96

Как видно из результатов исследования, показатели нейрокогнитивных функций снижены у пациентов с психическими расстройствами по сравнению с контрольной группой. Причем нарушения несколько меньше выражены у пациентов с аффективными расстройствами (в Группе 1), чем у пациентов с психотическими расстройствами (в Группе 2). Каких-либо значимых расхождений в подгруппах до прохождения психокоррекционной программы не было выявлено.

Таблица 3

**Сравнение показателей пациентов  
с аффективными расстройствами (Группа 1) и психотическими  
расстройствами (Группа 2)  
(по критерию Манна–Уитни)**

Показатели	Группа 1 Аффективное расстройство», n=20	Группа 2 «Психотическое расстройство», n=22	Значимост ь различий	Процент пациентов Группы 1, у которых показатель ниже нормативног о	Процент пациентов Группы 2, у которых показатель ниже нормативног о
5-я таблица Шульте, с	38,46±6,6	48,25±5,3	0,026	-	-
ТМТ-А, активность внимания	35,41±6,21	47,12±5,21	0,034	40%	63,6%
ТМТ-В, переключаемость внимания	90,71±14,9	109,73±13,9	0,019	60%	77,3%
Объем кратковременной вербальной памяти	6,01±0,91	5,5±0,72	0,467	45%	72,7%
Долговременная память	8,23±0,67	6,21±0,47	0,031	55%	77,3%
Рабочая память	17,29±3,17	16,7±2,13	0,566	60%	81,8%
Зрительно- конструктивные способности, балл	43,87±8,33	42,87±6,72	0,181	35%	40,9%
Кратковременная зрительно- моторная память, балл/	33,75±7,18	31,75±4,19	0,241	65%	77,3%
Долговременная зрительно- моторная память, балл	32,15±5,5	29,82±4,6	0,016	75%	86,4%
Скорость обработки информации, балл	9,53±2,23	8,63±1,91	0,184	60%	90,9%

Как следует из сравнения показателей, приведенного в таблице 3, более 60% больных, прошедших исследование, продемонстрировали заниженные показатели по сравнению с нормативными. В Группе 1 когнитивные функции



соответствуют нормативным показателям у 15%, в Группе 2 – у 10%. В пределах нормы оказались, например, зрительно-конструктивные способности по итогам текста Рея-Остеррица, зато показатели внимания, рабочей памяти и особенно долговременной памяти в Группках 1 и 2 снижены значимо по сравнению с контрольной группой.

На рисунке 2.1 показана кривая утомляемости, отражающая устойчивость внимания и работоспособность у пациентов в Группках 1 и 2.

**Рис. 2.1. Показатели утомляемости, отражающие устойчивость внимания и работоспособность в группах 1 и 2 и контрольной группе**

Для диагностики общей самооценки респондентов были использованы методики диагностики самооценки Г.И. Казанцевой и С.А. Будасси. Результаты представлены на рис. 2.2.

**Рис. 2.2. Уровни самооценки в группах людей с психическими расстройствами и в контрольной группе**

В группе респондентов, которые имеют аффективные и психотические расстройства, у половины опрошенных выявлена заниженная самооценка, характеризующаяся неадекватной самооценкой. Дополнительное исследование по методике Будасси показало неадекватность оценки как я - реального и я-идеального, между двумя этими понятиями у данной группы респондентов существует слабовыраженная связь – то есть представления о я-идеальном заметно отличаются от я-реального. При таком случае можно утверждать, что люди с психическими расстройствами не принимают себя положительно – они критичны к себе, недооценивают себя и свои возможности, прибегают к негативным действиям по отношению к себе, что в некоторых случаях приводит к саморазрушению.

В этих группах половина респондентов показали средний (адекватный

уровень самооценки). При таком раскладе у респондентов выявлено совпадение образом «я-идеального» с «я-реальным». Опрошенные адекватно оценивают себя, не завышая и не занижая свои возможности. При адекватной самооценке личности происходит полное сглаживание границ между я –реальным и я –идеальным, что выражается в положительной оценке себя: респонденты относятся к себе уважительно, высоко оценивая свои достоинства и умея увидеть свои недостатки.

Во контрольной группе – у респондентов, которые не имеют таких расстройств показатели самооценки несколько выше. У 32,5 % встречается завышенная самооценка. В этом случае можно утверждать о значительной переоценке я-идеального над я-реальным. Лица с завышенной самооценкой ставят перед собой более высокие цели, чем те, которые они могут реально достичь, у них высокий уровень притязаний, что не всегда соответствует их возможностям. Таким испытуемым свойственны такие качества личности: достоинство, гордость, самолюбие, эгоцентризм.

Среднюю или адекватную самооценку имеют 37,5% испытуемых второй группы. Респонденты со средним уровнем самооценки адекватно оценивают свои возможности и в соответствии с ними выбирают задачи. Они чувствуют себя достаточно уверенно, их отличают решительность, твердость, умение находить и принимать решения, последовательно их реализовывать.

Лишь 30% исследуемых имеют низкие показатели самооценки. Респонденты с заниженной самооценкой обычно ставят перед собой цели ниже, чем те, которых могут достичь, преобладает ориентация на избегание неудач. Такие люди характеризуются другой крайностью, противоположной самоуверенности – чрезмерной неуверенностью в себе.

Таким образом, исследование составляющей психической структуры личности – самооценки, показало результаты, которые свидетельствовали о выраженности разного уровня самооценки в двух группах респондентов: в группе лиц, имеющих аффективные и психотические расстройства выражены

более низкие показатели самооценки, что, скорее всего связано с этиологией перенесенного заболевания, которое оставило негативный след в структуре личности респондентов.

Далее, мы провели диагностику когнитивных функций респондентов в двух выборках - группа пациентов с психическими расстройствами и контрольная группа людей без расстройств.

Из рисунка 2.3 видно, что выраженность познавательных процессов выше в группе лиц, не имеющих каких-либо расстройств. Из полученных данных можно сделать вывод о негативном и пагубном воздействии перенесенного заболевания на когнитивную сферу респондентов первой группы.

**Рис. 2.3. Выявленность КОТ (познавательных процессов) у респондентов**

Как видно из рисунка 2.4, в группах исследования выявлены различия в уровне сформированности слуховой памяти. В контрольной группе у людей без психических расстройств более чем у половины опрошенных определен высокий уровень слуховой памяти, по 25% и 17,5 приходится на низкий и средний уровень слуховой памяти. В первой группе выраженность высокого уровня меньше - всего лишь у 15% опрошенных. У большинства – у 55% выявлен низкий (55%) и средний (у 30%) уровень слуховой памяти.

**Рис. 2.4. Показатели слуховой памяти у респондентов**

Как видно из рисунка 2.5 исследования в группе лиц, не имеющих никаких расстройств, более выражены высокие показатели внимания, причем следует заметить, что в этой группе кривая устойчивости внимания в виде прямой, во второй – зигзагообразная. Это указывает на неустойчивость и переменный характер памяти или отсутствия сосредоточенности или нежелания сосредоточиться.

### Рис. 2.5. Показатели внимания у респондентов

Таким образом, качественно-количественный анализ результатов исследования позволил сделать вывод о том, что существуют различия в выраженности когнитивных функций у респондентов, в зависимости от наличия расстройств, при этом они взаимосвязаны с психической структурой личности – а именно с я-реальным и я-идеальным респондентов.

Следующим этапом нашей работы было проведение корреляционного анализа для выявления взаимосвязи между уровнем самооценки и особенностями когнитивных проявлений у людей с психическими расстройствами. Для этого мы провели корреляционный анализ данных с помощью критерия ранговой корреляции Спирмена (математическая обработка результатов проводилась с помощью компьютерной программы MS Excel). Результаты представлены в приложениях 1 – 4.

На рис. 2.6 представлены взаимосвязи показателей в виде корреляционной плеяды между самооценкой, которая отражает сформированность психической структуры личности (я-реальное и я-идеальное) и ключевыми когнитивными функциями у исследуемых респондентов (общие умственные способности, слуховая память, внимание).

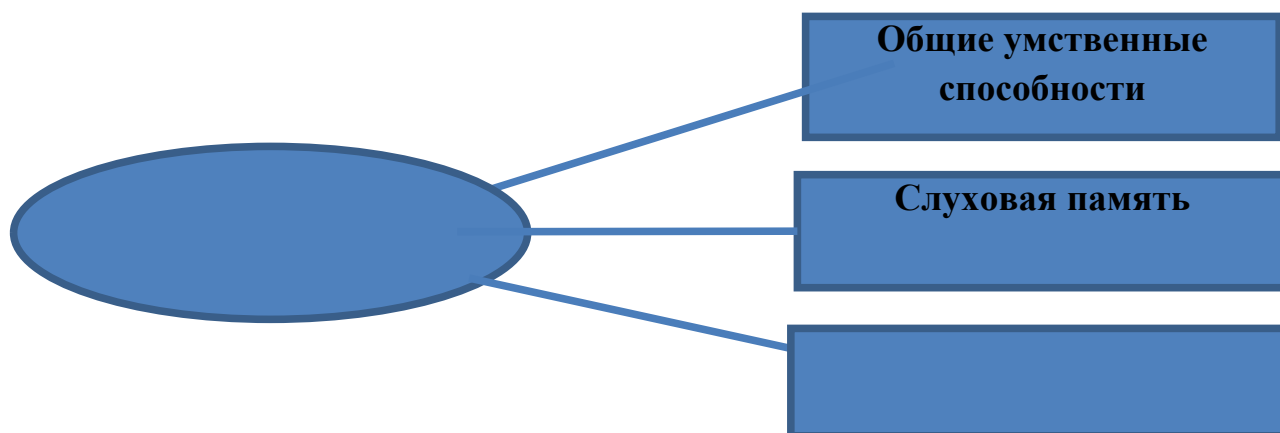


Рис. 2.6. Корреляционная плеяда взаимосвязи между самооценкой и когнитивными функциями

Обнаружена сильная положительная корреляционная связь между низкими показателями самооценки и выраженностью общего уровня умственных способностей  $r = 0,57$ , критические значения для  $N = 40$  равны соответственно 0,31 ( $p = 0.05$ ) до 0,4 ( $p = 0.01$ ) поэтому  $H_0$  отвергается, корреляция между А и В статистически значима: то есть чем меньше у респондентов выражена взаимосвязь и взаимозависимость в сформированности «я-реального» и «я-идеального», тем ниже проявляются у них общие умственные способности.

Обнаружена сильная положительная корреляционная связь между низкими показателями самооценки и выраженностью и уровня слуховой памяти  $r = 0,756$ , критические значения для  $N = 40$  равны соответственно 0,31 ( $p = 0.05$ ) до 0,4 ( $p = 0.01$ ) поэтому  $H_0$  отвергается, корреляция между А и В статистически значима: то есть чем меньше у респондентов выражена взаимосвязь и взаимозависимость в сформированности «я-реального» и «я-идеального», тем ниже проявляется у них слуховая память.

Обнаружена сильная положительная корреляционная связь между низкими показателями самооценки и выраженностью уровня внимания  $r_s = 0,471$ , критические значения для  $N = 40$  равны соответственно 0,31 ( $p = 0.05$ ) до 0,4 ( $p = 0.01$ ) поэтому  $H_0$  отвергается, корреляция между А и В статистически значима: то есть чем меньше у респондентов выражена взаимосвязь и взаимозависимость в сформированности «я-реального» и «я-идеального», тем ниже проявляется у них внимание.

Таким образом, между сформированностью самооценки респондентов (Я-образы: идеальные и реальные) и выраженностью когнитивных функций существует статистически достоверная корреляционная связь: чем ниже показатель самооценки, тем ниже когнитивные функции у лиц, имеющих аффективные и психотические расстройства.

Рассмотрим, какие выявлены результаты во второй выборке

респондентов (у людей без психических расстройств). Обнаружена сильная положительная корреляционная связь между высокими показателями самооценки и выраженностью общего уровня умственных способностей  $r_s = 0,892$ , критические значения для  $N = 40$  равны соответственно 0,31 ( $p=0.05$ ) до 0,4 ( $p=0.01$ ) поэтому  $H_0$  отвергается, корреляция между А и В статистически значима: то есть чем больше у респондентов выражена взаимосвязь и взаимозависимость в сформированности «я-реального» и «я-идеального», тем выше проявляются у них общие умственные способности.

Обнаружена сильная положительная корреляционная связь между высокими показателями самооценки и выраженностью и уровня слуховой памяти  $r_s = 0,744$ , критические значения для  $N = 40$  равны соответственно 0,31 ( $p=0.05$ ) до 0,4 ( $p=0.01$ ) поэтому  $H_0$  отвергается, корреляция между А и В статистически значима: то есть чем больше у респондентов выражена взаимосвязь и взаимозависимость в сформированности «я-реального» и «я-идеального», тем выше проявляется у них слуховая память

Обнаружена сильная положительная корреляционная связь между высокими показателями самооценки и выраженностью уровня внимания  $r_s = 0,778$ , критические значения для  $N = 40$  равны соответственно 0,31 ( $p=0.05$ ) до 0,4 ( $p=0.01$ ) поэтому  $H_0$  отвергается, корреляция между А и В статистически значима: то есть чем больше у респондентов выражена взаимосвязь и взаимозависимость в сформированности «я-реального» и «я-идеального», тем выше проявляется у них внимание.

Таким образом, между сформированностью самооценки респондентов (Я-образы: идеальные и реальные) и выраженностью когнитивных функций существует статистически достоверная корреляционная связь: чем выше показатель самооценки, тем выше когнитивные функции у лиц, не имеющих никаких расстройств.

## Выводы по эмпирической главе

1. В рамках эмпирического исследования было проведено тестирование по стандартным методиками патопсихологической диагностики в группах людей с аффективными и психотическими расстройствами.

2. Как видно из результатов исследования, показатели когнитивных функций снижены у пациентов с психическими расстройствами по сравнению с контрольной группой.

3. Нарушения когнитивных функций несколько меньше выражены у пациентов с аффективными расстройствами (Группа 1), чем у пациентов с психотическими расстройствами (Группа 2).

4. Каких-либо значимых расхождений в подгруппах до прохождения психокоррекционной программы не было выявлено.

5. Люди с психическими расстройствами чаще, чем в контрольной группе, демонстрируют сниженную самооценку. Завышенная самооценка практически не встречается у исследуемых.

6. Между сформированностью самооценки респондентов (Я-образы: идеальные и реальные) и уровнем сохранности когнитивных функций существует статистически достоверная корреляционная связь: чем ниже показатель самооценки, тем ниже когнитивные функции. Данная взаимосвязь обнаруживается как у лиц, имеющих аффективные и психотические расстройства, так и у контрольной группы без расстройств.

## **ГЛАВА III. ПРОГРАММА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ АРТ-ТЕХНИК И ЭМПИРИЧЕСКОЕ КОНТРОЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

### **3.1. Описание программы психотерапевтической работы с людьми с аффективными и психотическими расстройствами с применением арт-техник**

Разработанная нами психокоррекционная программа для людей с аффективными и психотическими расстройствами с применением арт-техник (далее – «Программа») реализуется в групповом формате на базе групп поддержки для людей с психическими расстройствами. Программа сочетает в себе применение психотерапевтических методов когнитивно-поведенческого, аналитического и экзистенциально-гуманистического подходов, использовались арт-терапевтические техники и коррекционную работу по психосоциальной реабилитации людей, страдающих серьезными психическими заболеваниями.

В Программе приняли участие люди с аффективными и психотическими расстройствами (20 человек, которые прошли тестирование на формирующем этапе эмпирического исследования, описанного в Главе II. Программа была разработана и адаптирована с учетом выявленных когнитивных нарушений участников, психоэмоциональной проблематики (в частности, заниженной самооценки) и особенностей личности, обусловленных психиатрическим диагнозом.

#### **Цели и задачи Программы**

Целями Программы являются:

1. психокоррекция когнитивных, эмоционально-волевых и личностных нарушений, которые были выявлены в рамках эмпирического исследования или были проявлены участниками в ходе реализации Программы;
2. улучшение качества жизни участников через их личностный рост,



улучшение настроения, социализацию, развития самооценности и смысла.

Соответственно в задачи Программы входят следующие направления психокоррекционной и психотерапевтической работы:

1. Работа с мотивационной сферой:
  - формирование мотивации для личностного роста и развития;
  - стимулирование участия в Программе, разъяснение смысла и пользы для личностного роста и развития;
  - исследования запросов, потребностей и желаний, которые побуждают участвовать в программе и стимулируют саморазвитие;
  - помощь в расширении мотивационной сферы;
  - помощь в конкретизации запросов;
  - формирование фокуса и внимания на поставленных задачах;
  - работа с препятствиями для личного развития, как в рамках Программы, так и в жизни в целом: прокрастинацией, сопротивлением, потерей интереса, фокуса и внимания и т.д.;
  - формирование навыка стимулирования интереса и мотивации;
  - изменение и формирование естественного темпа и ритма в развитии.
2. Работа с эмоционально-волевой сферой:
  - формирование практики самонаблюдения за своим психофизическим и эмоциональным состоянием, мышлением и поведением;
  - формирование навыков расслабления, снятия тревоги и стресса, препятствующих психокоррекционному процессу;
  - формирование навыков самоорганизации, структурирования жизненного процесса;
  - развитие самоконтроля, работа с деструктивными мыслями, эмоциями и поведением;
  - формирование толерантности, признания подавленных негативных эмоций в форме агрессии, страха, беспомощности и др., анализ и

принятие психотравмирующих ситуаций, провоцирующих такие эмоциональные реакции и коррекция их проявления для достижения адаптации к нормативному взаимодействию в социо-культурном контексте, с учетом действующих норм этики и морали;

- улучшение общего фона настроения: как через проработку негативных когнитивных и эмоциональных паттернов, так и через развитие сильных качеств личности.

### 3. Работа с коммуникативной сферой:

- исследование правил и норм взаимодействия людей в обществе;
- выявление субъективных паттернов взаимодействия индивида и группы в целом;

- формирование конструктивных правил и навыков общения, приемлемых для индивида и группы в целом;

- гармонизация общей атмосферы в группе для удовлетворения потребностей ее участников в общении и коммуникации, формирование навыков конструктивного общения для достижения этих потребностей личности и группы;

- развитие способности человека к позитивному восприятию окружающих людей, развитие толерантности и плюрализма, принятие границ, ограничений и специфических черт характера других людей;

- развитие способности находить компромиссы между своими интересами и интересами окружающих и находить конструктивные пути решения неизбежно возникающих конфликтов;

- развитие эмпатии и навыков ее проявления в отношениях с другими людьми.

### 4. Работа с психотравмирующим материалом;

- выявление психотравмирующих ситуаций и воспоминаний;
- анализ влияния психотравмирующих событий на жизненный путь человека, в частности, выявление повторяющихся событий и паттернов

реагирования на них, приближение к пониманию понятия «ретравматизации»;

- анализ причинно-следственных связей и жизненных событий, которые привели к возникновению психотравмирующей ситуации;

- образная реконструкция психотравмирующей ситуации с помощью методов арт-терапии с целью воссоздать и проанализировать ее влияния на личность и ее жизненный путь;

- попытка когнитивного анализа психотравмирующей ситуации, осознание иррационального восприятия, работа над переосмыслением своей реакции на случившееся и формирование рационального восприятия ситуации;

- поиск конструктивных решений на будущее и скрытых ресурсов личности для преодоления психотравмирующего опыта;

- выявление схожих с психотравмирующей ситуацией стереотипов восприятия эмоциональных реакций, поведения и их последствий, формирование мотивации к изменению восприятия и поведения;

- анализ выявленного материала в групповой работе «здесь и сейчас» и в жизненных ситуациях, возникающих в течение работы по Программе.

#### 5. Работа с нравственной сферой:

- осознание чувств обиды, гнева, претензий, жалости, бессилия, беспомощности и безысходности как сопротивления и/или препятствий на пути к личностному росту;

- работа по преодолению и переосмыслению выявленных форм и аспектов сопротивления;

- формирование нравственного самосознания как фактора саморегуляции поведения;

- формирование нравственного стержня по отношению к себе, окружающим и действительности в целом.

## 6. Работа с областью ценности и смысла:

- формирование адекватной самооценки и реалистичного восприятия себя и своих проявлений;
- развитие самооценности и стремления к доброжелательному принятию самого себя как самоценной личности: своего характера, истории, мыслей, поступков и др.
- построение собственной системы ценностей, привил и принципов с учетом необходимости адаптации к нравственным правилам, действующих в обществе;
- формирование навыков перестройки указанной системы с учетом, самосознания непрерывно меняющихся жизненных условий;
- осмысления действия ценностной системы в мире, ее влияния на личность, других людей и мир в целом;
- осмысление высших ценностей (любовь, вера, надежда и др.) которые грядут от смысла человеческого существования вообще;
- движение к поиску субъективного смысла жизни и его практической реализации в объективной реальности.

## 7. Социализация и адаптация в обществе:

- формирование навыка регулярного посещения групповых занятий;
- знакомство с новыми людьми в группе, и как следствие формирование новых социальных и дружеских связей;
- налаживание группового взаимодействия в группе, создание комфортного и безопасного микросоциума, как модели построения своего социального круга;
- преодоление стигматизации своего заболевания и заболеваний других людей, принятие своего диагноза;
- обмен и передача опыта жизни с диагнозом, движение к пониманию общечеловеческих ценностей и возможности счастливой жизни,

несмотря на трудности, обусловленные диагнозом;

- включение человека в непривычную для него продуктивную деятельность – творческий аспект;
- формирование творческого отношения к жизни, творческая реализация, развитие любви к искусству и творчеству.

По каждому из этих направлений был подготовлен определенный инструментарий: блоки, темы занятий, упражнения, задания, вопросы, который учитывали как психотерапевтические и мировоззренческую позицию психолога-консультанта, так и психологические особенности участников Программы. Далее мы рассмотрим подробно структуру, этапы и содержание Программы.

### Структура Программы

Учитывая изменчивость содержания психокоррекции, которая обусловлена индивидуальными особенностями личности, на которую она направлена, следует подчеркнуть, что любая психотерапевтическая работа строится по определенной структуре. В рамках данной Программы можно выделить три классических этапа психотерапевтического процесса, а именно: (1) подготовительная фаза, (2) непосредственно психотерапия и/или психокоррекция, и (3) фаза отражения положительных изменений. Следует учесть, что содержание этих традиционных этапов работы имеет свою специфику в групповом формате работы по сравнению с индивидуальной работой.

1. На подготовительном этапе проводится:

- знакомство участников;
- представление и самопрезентация каждого участника группы;
- формирование комфортной, доверительной и безопасной атмосферы в группе;
- формирование этических правил группы, которые поддерживают

атмосферу безопасности и обеспечивают групповую динамику;

- формирование «терапевтического альянса», то есть установление доверительных отношений между психологом – ведущим группы и каждым участником в отдельности;

- формирование ощущения «своего места» для каждого участника в группе;

формирование доверительных отношений между участниками группы, «распределение ролей»;

- работа по снижению стресса, страхов, претензий, нереалистичных ожиданий от работы в группе, релаксация, успокоение клиента, как условия развития;

- прояснение первичного запроса клиента: проблем, целей и задач на решение которых он надеется благодаря психокоррекционной работы.

Формирование запроса является завершением подготовительного этапа, но следует учитывать, что в процессе психокоррекции работа с запросом проходит постоянно. Запрос подлежит проявлению и прояснению, постепенной модификации от «жалобы» («у меня все плохо») к осознанному волевому желанию («я хочу»), расширению и конкретизации. Так же навыки знакомства, самопрезентации, формирование правил и другие части подготовительного этапа должны периодически повторяться и совершенствоваться.

2. Терапевтический этап состоит из четырех крупных блоков.

1) Диагностика особенностей личности, которая включает в себя:

- сбор ключевой информации о клиенте: возраст, семейное положение, место жительства, образование, профессия, ключевые жизненные события, и в рассматриваемом случае – история болезни;

- выявление симптомов заболевания и иных факторов риска, которые следует учитывать при проведении Программы;

- построение гипотезы, формирование общего направления психокоррекции для данного человека и ключевых аспектов для проработки;
- интеграция индивидуальных программ в общегрупповой контекст.

В этой части психолог проводит работу по сбору информации, анализу и планированию самостоятельно, при необходимости согласовывая ключевые моменты с клиентом и группой.

2) Работа с эмоционально-волевой сферой клиента и группы включает в себя такие аспекты как:

- прояснение и проговаривания общего эмоционального фона, настроения, ощущений «здесь и сейчас» и реакций на происходящее в процессе занятия;
- формирование мотивации к психотерапевтической работе;
- работа с сопротивлением, переносом/переносами, контрпереносом и другими препятствиями в терапевтической работе;
- снижение волнения, страх и тревоги, повышение уверенности в себе как опоры для более глубокой терапевтической работы.

3) Психотерапия и психокоррекция, направленная на гармонизацию и оптимизацию ресурсов личности может включать все или только некоторые задачи из тех, которые были перечислены выше, в зависимости от потенциала каждого участника группы в отдельности и групп в целом.

В ходе реализации Программы в группах клиентов с аффективными и психотическими расстройствами, мы отметили некоторые направления, которые показали наибольшую актуальность для данной категории людей, а именно:

- формирование навыков самопознания, саморегуляции и самопомощи, иными словами – самостоятельности, ответственности за свое состояние и поведение;
- преодоление чувств беспомощности и безысходности,

обусловленных психиатрическим диагнозом и психотравмирующим опытом;

- повышение самооценки и преодоление стигматизации;
- выход из изоляции, отчуждения, развитие коммуникаций и интеграция в микросоциум группы;
- развитие стрессоустойчивости, снижение утомляемости;
- стимулирование когнитивной деятельности, развитие интеллекта, развитие творческих способностей и образного мышления.

3. На заключительном (рефлексивном) этапе подводятся итоги проделанной работы для закрепления достигнутых результатов:

- проводится опрос об актуальном состоянии каждого участника группы после проделанной работы;
- ведущий психолог кратко излагает основные этапы проделанной работы, подводит общегрупповой итог, подчеркивает групповую динамику, мотивирует участников отметить позитивные изменения личности;
- участники делятся личными достижениями, открытиями, позитивными переживаниями и теми изменениями, которые произошли в их жизни благодаря участию в программе;
- при желании, участники благодарят друг друга, ведущего и организаторов, дают обратную связь.

В завершении проведенной нами Программы также проводилось анонимное анкетирование и контрольное тестирование участников Программы, результаты которой отражены в Разделе 3.2.

Следует отметить, что описанная выше структура актуальна как для всей Программы в целом, так и для каждой отдельной встречи/сессии. Иными словами, это не строгая последовательность действий, которая должна быть пройдена за определенный срок, а живая структура, которая адекватна в любой момент психотерапевтической работы. С учетом группового формата работы, может получиться так, что в один и тот же момент времени некоторые участники группы проходят начальные этапы



работы (например, адаптируются к атмосфере групповой работы, формируют доверие к ведущему и другим участникам), а другие глубоко разбирают психотравмирующие ситуации. В целом, различия участников группы не препятствует успеху, а иногда даже стимулирует эффективность работы группы в целом, но требует от ведущего психолога ясного понимания состояния каждого отдельного клиента, клинической картины его заболевания и этапа индивидуального процесса. Как отмечали И.Ялом и М.Лесц, «вам может не нравиться клиническая ситуация, вас может стеснять множество внутренних ограничений, которые препятствуют созданию идеальной группы, однако не стоит тратить силы на бессмысленный протест против того, что вы не можете изменить. Лучше зажечь свечу, чем проклинать тьму. Изменяя цели и методики соответствующим образом, вы всегда сможете оказать терапевтическую помощь» [23, с. 523].

Арт-терапевтические методы

Для достижения психокоррекционных и терапевтических целей и задач, в рамках структуры психотерапевтического группового процесса, используются различные методики, техники и инструменты и в частности, арт-терапия.

В своей научно-исследовательской и практической работе мы использовали Клиническую системную модель арт-терапии, разработанную А. И. Копытиным. Согласно этой модели, арт-терапия является системой психологических, психофизических и лечебно-коррекционных воздействий, основанных на занятиях клиентов/ пациентов изобразительной деятельностью [23].

Таким образом, целью применения метода арт-терапии не является создание произведения искусства (хотя такой результат тоже возможен), но осознанное психологическое воздействие на клиента, направленное на психокоррекцию. Соответственно выбор конкретных арт-техник подчинена

подчинен целям, задаче и структуре психотерапевтического процесса, а не наоборот. Поэтому следует различать арт-терапию в клиническом понимании этого термина смежные понятия: арт-педагогику (обучение клиентов определенным изобразительным техникам), арт-досуг (развлекательные и расслабляющие занятия для взрослых и детей) и собственно изобразительное искусство.

В качестве инструмента психокоррекции и психотерапии Арт-терапия может применяться не только в клинической и консультационной психологической практике, но и в процессе реабилитации людей с различными заболеваниями, социальной работы с лицами с нарушениями поведения, помогающей работе для людей в трудной жизненной ситуации и во многих других областях. Однако для достижения психокоррекционных задач такие программы должны быть разработаны психологами, а не художниками или социальными работниками.

Рассмотрим особенности арт-терапии, которые отличают его от иных (как правило, словесных) методов психологической работы.

### 1. Триада

В процессе арт-терапии как бы присутствуют три участника: терапевт, клиент и продукт творчества: рисунок, пластический материал (песок, фигура), изображения (например, метафорические ассоциативные карты), театральная постановка, музыка и др. В любом случае, психотерапевтический процесс построен не только на диалоге терапевта и клиента, но продукт творчества является важным, материальным носителем той информации, которая обсуждается в терапевтическом процессе, и с этим материалом и терапевт, и клиент обращаются с уважением и бережностью.

### 3. Метафоричность

Любой продукт творчества обращается к языку символа и метафоры. Образы, форма, цвет, звуковой ряд или телесные проявления (мимика, жесты, поза) обозначают и символизируют некоторые аспекты объективной реальности.

При проявлении этих метафор задачей психотерапии является расшифровка символического смысла, скрытого за метафорой и «перевод» его на универсальный, словесный язык, принятый в общении. Разумеется, как это отмечали еще З.Фрейд и К.Г.Юнг, язык символов не является универсальным для всех людей, и его осмысление требует высокой осознанности и трудной психотерапевтической работы. Следует понимать, что некоторые символы так и останутся непонятыми в этом процессе. Однако сам процесс самовыражения с помощью искусства считается целительным.

#### 4. Ресурсность

Арт-терапия исходит из того, что в рамках творческого процесса можно изменить абсолютно все, буквально переписать реальность. Если признать, что любой продукт творчества символически обозначает некоторый аспект реальности, в творческом безопасном процессе клиент может выявить, предъявить в мире и переосмыслить те ситуации, мировоззрение, установки и паттерны поведения, которые причиняют ему дискомфорт. Разумеется, это не означает, что арт-терапия чудесным образом меняет жизнь к лучшему, но эта безопасная, комфортная, благоприятная атмосфера способствует началу процесса изменений мышления и эмоционально-волевой сферы, который является предпосылкой для перемен в жизни. В этом заключается ресурс арт-терапии, который не обязательно проявляется в виде исключительно позитивных и приятных эмоций. Переживание гнева, обиды, душевной боли, печали и грусти являются не менее ресурсными состояниями, если удастся их пройти с наименьшим вредом для личности и в состоянии поиска наилучшего решения.

#### **Арт-техники**

Программа в целом и каждое арт-терапевтическое занятие построены на творческой экспрессии участников с использованием различных арт-техник и творческих материалов, на построении психотерапевтических отношений и законов динамики группового взаимодействия, на анализе

участниками своих творческих продуктов, творческого процесса, а также осознании и выражении своих чувств, мыслей и ощущений.

Подбор творческих техник и материалов, в принципе, является в этом процессе вторичной задачей, однако качественно выбранная техника и материалы способствуют интересу к необычному роду деятельности, пробуждают здоровое любопытство, и в то же время снимают излишнюю тревожность, серьезность и как следствие сопротивление по отношению к психотерапевтическому процессу.

В частности, в психотерапевтическом процессе можно использовать следующие виды арт-техник, которые подбираются с учетом особенностей восприятия, мотивации, вкусов и пожеланий клиентов, а также с учетом психокоррекционных и терапевтических задач, которые ставит терапевт.

1. Визуальная форма арт-терапии предполагает создание или восприятие зрительно видимого объекта и включает: рисунок, скульптуру, работу с песком, глиной, пластилином, фотографиями, цветами, метафорическими ассоциативными картами итп.

2. Динамическая форма предполагает работу с историей, которая развивается во времени и требует наблюдения. Это может быть музыкальная терапия, сказкотерапия, библиотерапия, и тому подобные техники.

3. Театрально-зрелищная терапия представляет собой вариант динамической техники, в которой непосредственным участником становится клиент-актер, который с помощью собственного тела или замещающих материалов демонстрирует творческую композицию. К этому направлению относятся телесно-ориентированная терапия (телесные метафоры, пантомима, мимические картины, тактильная работа с глиной или иным материалом), драматерапия, танце-двигательная терапия, куклотерапия, игровая терапия и др. В рамках

В современных условиях можно сочетать различные техники с целью интегрировать в творческий процесс все ресурсы восприятия и

самовыражения, доступные человеку: зрение, слух, осязание, движение итд. Таким образом создается мультидисциплинарный подход в арт-терапии, который вызывает живой интерес и мотивирует клиентов к поиску оптимальных, субъективных и уникальных средств для самовыражения.

### **Этапы Программы**

На основании вышеуказанных целей, задач, структуры и методов работы Программа была включала следующие этапы.

#### **0 этап. Формирование группы**

Отбор участников, собеседование, анкетирование и тестирование. Целью данного этапа является формирование относительно однородной группы по возрасту, социальному положению, интеллектуальному развитию и проблематике.

#### **I этап. Введение**

Знакомство с ведущим психологом и группой, создание терапевтического альянса и доверительной атмосферы. На этом этапе участники выполняют несложные, доступные каждому творческие работы, связанные с самопрезентацией и знакомством (например «автопортрет», «кто я?», «арт-диалог», «мое настроение»). На этом этапе происходит адаптация участников к группе, формирование доверительных отношений и групповой сплоченности. Следует избегать травмирующих ситуаций, мотивировать и поощрять участие в групповом процессе, стимулировать интерес к дальнейшей работе.

#### **II этап. Терапия и психокоррекция**

На этом этапе стабилизируется атмосфера в группе, выравнивается настроение участников, создается понимание принципов, правил и целей работы. И на фоне достаточно комфортной, безопасной и конструктивной атмосферы ведущий психолог может ставить более сложные терапевтические задачи и предпринимать терапевтические воздействия-интервенции, с целью исследования травмирующих ситуаций и болезненных состояний. При

условии создания доверительных отношений с терапевтом и группой, на этом этапе происходит глубокое самораскрытие, предъявление, осознание и проработка проблемных, конфликтных жизненных ситуаций и внутренних аспектов личности. Происходит исследование негативных эмоций, в том числе вызванных диагнозом и заболеваниями, обнаружение «вторичных выгод», которые человек может неосознанно получать от болезненных состояний, поиск альтернативных способов удовлетворения своих потребностей (помимо бессознательного ухода в болезнь и претензий) достижения желаемого. На этом этапе возможна постановка сложных тематических заданий («Картина страха», «Мои желания», «Арт-диалог», «Моя семья», «Страшная сказка»). Подбор арт-терапевтических техник, их сложности и степени погружения происходит с учетом актуального настроения и состояния участников, которые проявляются с помощью более простых упражнений и техник, характерных для I этапа. При возникновении сложных и конфликтных ситуаций проводится дополнительная работа для создания комфортной, безопасной и ресурсной атмосферы.

### III этап. Завершение

Участниками программы озвучиваются личные достижения, инсайты и выводы из полученного в ходе программы опыта. Даются упражнения и задачи, направленные на запоминание и закрепление достигнутых результатов, а также на планирование дальнейших действий за пределами арт-терапевтической группы, «в реальной жизни». Для этого можно использовать такие упражнения как «карта желаний», «письмо благодарности», «картину будущего», групповой портрет или коллаж, импровизированный спектакль и другие. Целью данного этапа является выражение накопленных чувств и переживаний, признание ценности проделанной работы, выражение благодарности всем участникам и прохождение ритуала завершения и прощания.

### IV. Обратная связь

По завершении программы подводятся итоги, участники заполняют необходимые опросники и анкеты обратной связи, и при условии согласия проходят контрольное тестирование. Организаторы прилагают усилие к тому, чтобы произошел «мягкий выход» из Программы, предлагают другие варианты групповой работы и социализации для всех участников. В ряде случаев с согласия участников проводятся выставки и публикации выполненных творческих работ, встречи выпускников и другие подобные мероприятия, обеспечивающие экологичное завершение Программы.

Благодаря такой поэтапной структуре организации арт-терапевтического процесса клиенты постепенно вовлекаются в психотерапевтическую работу, отмечая при этом характерное для групповых сессий сочетание атмосферы творчества, принятия и безоценочности с возможностью достижения важных и серьезных выводов относительно различных аспектов собственной жизни и развития личности. Вся Программа построена на творческой активности клиентов, которая непрерывно стимулирует психотерапевтический процесс. В нее включаются оригинальные и авторские творческие задания и упражнения, такие как: «прогулка с фотоаппаратом», «Кто – точно не я», «Театральное представление – времена года», групповая картина «Мира», «Арт-диалог», «Каракули», «Мандалы из цветов» и многие другие. Чем более неожиданной и интересной будет арт-терапевтическая техника и материалы, тем меньше сопротивления и трудностей проявляют участники при решении даже самых сложных терапевтических задач. Отчасти, в таком контексте, любая арт-терапия имеет игровой элемент, позволяющий с легкостью решать даже самые сложные жизненные проблемы. Программа адаптируется в соответствии с диагнозом, результатами тестирования, активностью участников в процессе терапевтической работы и с учетом их индивидуальных запросов.

**Структура психокоррекционной программы  
для людей с аффективными и психотическими расстройствами с  
использованием техник арт-терапии**

Блок	Задачи	Методы и приемы
0. Подготовительный этап – формирование группы (7-10 дней)	Подбор участников Собеседование Тестирование	Анкетирование Тестирование Клиническая беседа
I. Установочный этап – введение (2 занятия)	- Формирование атмосферы, правил, целей и задач групповой работы - Знакомство участников - Установление «терапевтического альянса» с ведущим - Формирование запроса	Рисуночные техники - Автопортрет - Настроение
II. Коррекционный этап - терапия (8 - 10 занятий)	- Выявление травматического/ болезненного материала - Работа с эмоциональной сферой - проявление негативных эмоций и переживаний - Реконструкция травматического/ болезненного опыта с целью его переосмысления	Рисуночные техники: - мои желания - работа со страхом - работа с обидой - внутренний ребенок Сказкотерапия: - мой сон - путешествие во времени Психодрама: - Скульптура - Кто – точно не я - Свободный танец
III. Контрольный этап – завершение (1 занятие)	- Подведение итогов - Фиксация позитивных изменений в эмоциональном состоянии участников	Групповой коллаж рисунков «Мое место в мире» Музыкальная медитация благодарности

В качестве примера приводим план одного из занятий по теме «Желания» (продолжительность – 3 – 3,5 часа).

1. Приветствие (30 минут).

Терапевт приветствует участников и предлагает поделиться своим



актуальным состоянием и настроением. В конце каждого приговора задается вопрос: «что ты хочешь от сегодняшней работы?». Участники озвучивают запросы и пожелания к группе, например «хочу исследовать проблему с родителями», «хочу поддержки от других людей».

### 2. Обсуждение прошлого занятия (20 минут)

По просьбе терапевта участники вспоминают итоги прошлого занятия «Мое настроение» и по желанию рассказывают о том, каким образом настроение менялось в течение прошедшей недели. Используются элементы когнитивно-поведенческой терапии: участники отслеживают взаимосвязи внешних событий, мыслей и эмоций с настроением.

### 3. Игра «Пирамида желаний» (30 минут).

Цель: Знакомство с общечеловеческими потребностями, принятие нужности и важности потребностей любого уровня.

Процесс: Терапевт рисует пирамиду потребностей по А.Маслоу с тремя и более уровнями. Участникам предлагается дописать различные примеры потребностей и желаний в каждом из разделов пирамиды. В более глубоком варианте рассматриваются конструктивные и деструктивные варианты реализации потребностей.

В конце игры «пирамида» убирается с доски и каждый из участников рисует свою собственную пирамиду по памяти, с использованием любых художественных элементов.

В процессе возникает мотивация на активную работу группы, совместная работа с материалом на доске, тренируются навыки запоминания и воспроизведения, снимаются барьеры на пути исследования желаний

### 3. Упражнение – Растение, посуда, оружие, украшение (30 минут)

Цель: Через метафору выявить наиболее актуальную потребность и исследовать способы и возможности достижения данной потребности, а также препятствия на пути достижения цели.

Процесс: на листе А4 с помощью гуаши участники рисуют 4 зарисовки:

если бы я был/была растением ... Если бы я была посудой... и так далее.

#### 5. Работа в парах (30 минут)

Цель: развитие коммуникативных навыков и навыков взаимопомощи, развитие способности делиться своими переживаниями в нейтральной/метафоричной форме, развитие эмпатии.

Процесс: Участники разбиваются по парам и обсуждают рисунки друг друга по определенной схеме: Какой из рисунков наиболее актуальный/интересный? Что изображено на рисунке? Какое это растение/оружие/украшение? Что хочет этот образ?

#### 6. Обсуждение в кругу (30 минут).

Цель: Вербализация и оформление переживаний, выявленных в процессе рисования и обсуждения в парах. Групповое осознание многообразия и своеобразия желаний и потребностей. Поиск внутренних ресурсов для осуществления желаемого.

Процесс: Терапевт просит каждого из участников показать рисунок, вербально озвучить свое заветное желание и задает уточняющие вопросы: что (на рисунке) поможет осуществить это желание?

#### 7. Завершающий круг (10 минут).

Каждый из участников делится своим актуальным состоянием после занятия, при этом терапевт стимулирует каждого отследить произошедшие изменения в настроении, ответы, полученные по запросу, яркие мысли и «инсайты» итп.

#### 8. Итог (10 минут)

Терапевт подводит общегрупповой итог, подчеркивая общие для многих участников тенденции и своеобразие индивидуальной работы. Дает домашнее задание – составить список из 10 желаний. Благодарности, завершение.

Подводя итог, с учетом результатов контрольного исследования мы полагаем, что разработанная нами Программа может быть использована

психологами в работе с лицами, страдающими аффективными и психотическими расстройствами, для коррекции их эмоционального состояния, развития интеллекта, личностного роста, социализации и в целом для повышения качества жизни.

На сегодняшний день продолжается активная работа в группах поддержки пациентов. Формируются команды из психологов, художников и социальных и медицинских специалистов, что обеспечивает междисциплинарный подход к решению проблем клиентов с психиатрическими диагнозами. Арт-терапевты находятся в постоянном диалоге с клиническими психологами, психиатрами что обеспечивает высокую эффективность таких программ. Это подтверждается повсеместным распространением арт-терапевтических программ в клинической практике во всем мире.

### 3.2. Анализ результатов на контрольном этапе исследования

Первая группа с аффективными расстройствами из 10 человек и вторая группа с психотическими расстройствами из 10 человек прошли программу психотерапии, представленную в данной работе. Остальные респонденты не проходили психотерапию, исходя из чего проводится сравнение показателей. Результаты сравнения показателей представлены таблице 5.

*Таблица 5*

#### **Сравнение когнитивных показателей пациентов с аффективными и психотическими расстройствами и контрольной группы (по критерию Манна–Уитни) на контрольном этапе**

Показатели	Группа 1.1. n=10 (прошли терапию)	Группа 1.2 n=10 (не прошли терапию)	Группа 2.1 n=10 (прошли терапию)	Группа 2.2 n=12 (не прошли терапию)	Контрольн ая группа (не прошли терапию)
Внимание и работоспособность	40,56±8,0	38,54±4,9	39,96±6,6	41,21±7,8	32,56±3,1

ТМТ-А, активность внимания	38,41±6,85	35,09±6,06	41,11±7,01	45,06±7,65	27,24±4,01
ТМТ-В, переключаемост ь внимания	69,14±11,52	88,73±10,52	10,55±14,9	10,52±13,63	65,03±10,03
Объем кратковременной вербальной памяти	7,13±0,91	5,63±1,96	5,42±0,82	6,74±2,63	7,02±0,15
Долговременная память	9,11±0,25	7,85±1,95	6,31±0,52	5,58±2,87	9,56±0,44
Рабочая память	21,25,29±2,06	18,44±2,03	17,7±3,43	17,9±2,45	21,83±1,68
Зрительно- конструктивные способности, балл	47,52,87±4,03	41,74±7,85	45,67±8,92	42,26±4,07	47,17±8,4

toptem.ru

8 (800) 100-67-87  
info@toptem.ru

## Продолжение Таблицы 5

Показатели	Группа 1.1. n=10 (прошли терапию)	Группа 1.2 n=10 (не прошли терапию)	Группа 2.1 n=10 (прошли терапию)	Группа 2.2 n=12 (не прошли терапию)	Контрольна я группа (не прошли терапию)
Кратковременная зрительно-моторная память, балл/	39,15±8,18	31,44±8,52	36,63±3,29	31,63±5,66	46,51±4,23
Долговременная зрительно-моторная память, балл	33,15±5,7	30,44±5,8	28,02±3,6	25,84±6,67	37,81±2,5
Скорость обработки информации, балл	10,01±1,96	10,96±2,17	7,94±1,51	8,53±2,56	10,62±5,96

8 (800) 100-67-87

Вербальная, зрительная и рабочая память, переключаемость внимания (исполнительные функции), скорость обработки информации у пациентов с аффективным расстройством и психотическим расстройством снижены по сравнению с контрольной группой. Как показывают другие исследования, именно эти когнитивные нарушения чаще всего проявляются у людей с психическими расстройствами.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что пациенты с аффективным расстройством и психотическим расстройством демонстрируют схожие по структуре, но различающиеся по выраженности когнитивные нарушения. Так, зрительно-пространственные способности и зрительная память, активное внимание, в том числе его устойчивость и переключаемость (исполнительные функции), эффективность долговременного запоминания у пациентов с аффективным расстройством нарушены в меньшей степени по сравнению с больными с психотическим

расстройством.

В целом данные исследования подтверждают мнение о том, что проявления когнитивного дефицита при аффективном расстройстве ниже, чем при психотических расстройствах.

Пациенты, не участвующие в Программе (подгруппы 1.2 и 2.2), в целом несколько хуже справлялись с заданиями тестирования по сравнению с теми, кто не участвовал в программе.

Следует отметить, что как у пациентов с аффективными расстройствами, так и у пациентов с психотическими расстройствами оказались достаточно сохранными зрительно-конструктивные способности (по результатам методики копирования комплексной фигуры Рея–Остеррица), а у пациентов, прошедших психокоррекционную программу, эти показатели возросли.

Однако при проведении теста на немедленное и отсроченное воспроизведение комплексной фигуры показатели зрительно-моторной памяти все же оказались сниженными.

Снижение рабочей памяти и скорости обработки информации характерно как для пациентов с аффективным расстройством, так и больных с психотическим расстройством. Это позволяет предположить, что скорость обработки информации является одной из наиболее чувствительных областей когнитивного функционирования и связана с исполнительным функционированием, беглостью речи и памятью.

В последние годы комплексный подход к терапии психических расстройств, включающий медикаментозное психиатрическое лечение, психотерапию и психосоциальную коррекцию становится наиболее эффективной стратегией в терапии сложных психических расстройств, таких как аффективные и психотические расстройства. Полученные нами результаты подтверждают мнение о том, что применение арт-техник в рамках психотерапевтической и психокоррекционной работы, может значимо

улучшить их когнитивные показатели.

Данные проведённого нами анкетирования на контрольном этапе также свидетельствуют об улучшении качества жизни и повышении настроения и мотивации участников исследования, а также о росте их самооценки и соответствующих позитивных изменениях в жизни.

Полученные результаты целесообразно использовать для дальнейшего, в том числе лонгитюдного исследования.

**toptem.ru**  
**8 (800) 100-67-87**  
**info@toptem.ru**

### Выводы по главе III

1. Предлагаемая нами психокоррекционная программа с применением техник арт-терапии включает следующие направления: работа с мотивационной сферой; работа с эмоционально-волевой сферой; коммуникативная работа с эмоциональной сферой личности; непосредственная работа с эмоциональной сферой респондентов; работа с нравственной сферой личности; работа с областью ценности и смысла.

2. Результат повторной диагностики показал, что пациенты, не участвующие в программе, хуже справлялись с заданием на зрительно-моторную координацию для оценки активного внимания «ТМТ-А» по сравнению с теми, кто не участвовал в программе.

3. Вербальная, зрительная и рабочая память, переключаемость внимания (исполнительные функции), скорость обработки информации у пациентов с аффективным расстройством и психотическим расстройством снижены по сравнению с контрольной группой. Эти результаты согласуются с данными других исследований в том, что указанные нарушения наблюдаются среди наиболее выраженных и часто встречающихся у больных психотическими расстройствами и они рассматриваются в качестве потенциальных маркеров.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время происходит рост заболеваемости психическими расстройствами. Наиболее распространенными, и в то же время одними из самых тяжёлых являются аффективные расстройства, такие как депрессия и биполярное аффективное расстройство (БАР), а также психотические расстройства, такие как шизофрения, шизоаффективные расстройства и психоз.

Аффективное расстройство определяется как нарушение настроения, характеризующееся двумя или более эпизодами, при которых настроение и уровень активности больного в значительной степени нарушаются, причем в одних случаях его настроение, энергия и активность повышаются, в других — снижаются.

Психотические расстройства трактуется как состояния, характеризующееся регистрами позитивной психопатологической симптоматики, включающими аффективные психотические, паранойяльные бредовые, галлюцинации и бредовые, перифренические, кататоно-гебефренические и спутанность сознания. Поведение определяется психотической симптоматикой с утратой волевого контроля. Отсутствует критическая оценка своего состояния как болезненного.

Эти психические заболевания существенно влияют на функциональность больных (когнитивные способности, эмоционально-волевою сферу), способность к адаптации в обществе (коммуникабельность, семейные и дружеские связи) и трудоспособность, что в совокупности приводит к инвалидизации в молодом и среднем возрасте.

Ранее терапия пациентов с такими заболеваниями, как правило, ограничивалась медикаментозными средствами. Однако современный подход к терапии и реабилитации таких больных предусматривает комплекс из трёх мер (1) психиатрическое лечение, (2) психотерапию, (3)

психосоциальную реабилитацию.

Психотерапия для больных с аффективными и психотическими расстройствами должна учитывать клиническую картину заболевания и иметь соответствующие цели и задачи. В клинической практике успешно применяются методы когнитивно-поведенческой терапии, подходы, разработанные аналитической и гуманистической школ. Высокую эффективность показывают групповые методы работы.

При этом, существуют некоторые противопоказания для психотерапевтической работы, которые отмечают терапевты, работающими в любом из этих направлений. Так, психотерапевтическую работу затрудняют когнитивные нарушения больных, своеобразие мыслительного процесса, риск обострения психотических или острых аффективных состояний при работе с травмирующими переживаниями.

Арт-терапия является одним из мягких, и в то же время глубоких методов, которые успешно применяются как в рамках психотерапии, так и в рамках психосоциальной реабилитации.

В рамках исследования нами была разработана психокоррекционная программа с применением арт-техник, ориентированная на группы поддержки для людей с психическими расстройствами. Согласно гипотезе исследования, участие в данной программе способствует улучшению психического состояния по ряду показателей у людей с аффективными и психотическими расстройствами.

Предлагаемая нами коррекционная программа применения арт-техник включает следующие направления: работа с мотивационной сферой; работа с эмоционально-волевой сферой; коммуникативная работа с эмоциональной сферой личности; непосредственная работа с эмоциональной сферой респондентов; работа с нравственной сферой личности; работа с областью ценности и смысла.

В эмпирическом исследовании приняли участие 44 пациентов с

аффективными и психотическими расстройствами. 20 из них приняли участие в психокоррекционной программе, а 20 - нет. В контрольную группу исследования вошли 20 человек без психических расстройств.

Качественно-количественный анализ результатов исследования показал, что психотический и аффективные расстройства негативно влияют на психическое состояние людей. Согласно проведенному исследованию, вербальная, зрительная и рабочая память, переключаемость внимания (исполнительные функции), скорость обработки информации и самооценка снижены у исследуемых пациентов по сравнению с контрольной группой. Указанные нарушения менее выражены у людей с аффективными расстройствами, чем у людей с психотическими расстройствами. Эти результаты согласуются с данными других исследований в том, что указанные нарушения наблюдаются среди наиболее выраженных и часто встречающихся у больных психотическими расстройствами и они рассматриваются в качестве потенциальных маркеров.

Группы пациентов, которые приняли участие в арт-терапевтической программе продемонстрировали позитивную динамику когнитивных показателей на контрольном этапе исследования, а также другие показатели их функциональности (настроение, самооценка, творческая реализация и др.). Результат повторной диагностики показал, что пациенты, не участвующие в программе, хуже справились с заданием на зрительно-моторную координацию для оценки активного внимания по сравнению с теми, кто не участвовал в программе.

Проведенное эмпирическое исследование подтверждает эффективность арт-техник в работе с людьми с аффективными и психотическими расстройствами. Разработанная нами программа может быть применена практикующими психологами как в клинических условиях, так и амбулаторно. Долгосрочный эффект от прохождения такой программы людьми с аффективными и психотическими расстройствами может стать

основой для более масштабного, в том числе лонгитюдного исследования.

[toptem.ru](http://toptem.ru)  
8 (800) 100-67-87  
[info@toptem.ru](mailto:info@toptem.ru)

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Алешкина Г.А., Барденштейн Л.М., Пугачева М.Е., Кононец А.С.* Острые кратковременные психотические расстройства шизофренического спектра (обзор литературы)./ Алешкина Г.А., Барденштейн Л.М., Пугачева М.Е., Кононец А.С. – Психическое здоровье. 2019. № 11. – С. 51-64.
2. *Алиева М.Б.* Психология здоровья /М.Б. Алиева, А.М. Бейбутова, Г.Р. Чубанова, А.А. Цахаева. — Киев: Общество с ограниченной ответственностью «Финансовая Рада Украины» (Киев), 2017. — 100 с.
3. *Батюта М.Б.* Возрастная психология: учеб. пособие /М.Б. Батюта, Т.Н. Князева. – Н. Новгород: ДЕКОМ, 2018. – 293 с.
4. *Беккер Р.А., Быков Ю.В.* Эффективность и безопасность антипсихотика III поколения луразидона (Латуда) при шизофрении и биполярных депрессиях (обзор литературы с комментариями). / Р.А. Беккар, Ю.В. Быков. – Психиатрия и психофармакотерапия. 2018. №4. – С. 20-33.
5. *Белова А.П.* Изучение индивидуальных различий памяти в западной психологии / А.П. Белова, С.Б. Малых – Теоретическая и экспериментальная психология. 2019. №1. – С. 73-82.
6. *Блинова А.Е.* Социокультурные и психологические векторы становления личности: коллективная монография. / А.Е. Блинова, С.И. Бабатина, Т.Н. Дудко, А.М. Одинцова и др. 2018. – 428 с.
7. *Бобченко Т.Г.* Психологические тренинги. Основы тренинговой работы. Учебное пособие. /Т. Г. Бобченко. — М.: Юрайт, 2020. – 132 с.
8. *Бонкало Т.И., Полякова О.Б.* Стрессоустойчивость и стрессоустойчивое поведение: учебно-методическое пособие для обучающихся в системе профессионального образования./ Т.И. Бонкало, О.Б. Полякова. – М.: 2021. – 193 с.
9. *Бутырина Ю.С.* Применение арт-терапии в комплексном лечении психических заболеваний / Ю.С. Бутырина. – Молодежь – Барнаулу. 2022.

№4. – С. 548-549.

10. *Винникотт Д.В.* Игра и реальность / Д.В. Винникотт – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2017. – 208 с.

11. *Гигинейшвили Г.Р.* Научный центр арт-терапии ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России. Реализация программ арт-терапевтического сопровождения реабилитации пациентов на базе медицинского центра / Г.Р. Гигинейшвили, О.А. Ланберг, Н.В. Котенко. – Арбатские чтения. 2021. №7. – С. 133-140.

12. *Гонибова С.Э., Хибиева А.З., Дадова А.В., Тогузова А.А.* Динамика психических эндогенных расстройств /С.Э. Гонибова, А.З. Хибиева, А.В. Дадова, А.А. Тогузова. – Тенденции развития науки и образования. 2022. №85-9. – С. 136-138.

13. *Гонина О.О.* Психология развития и возрастная психология / О.О. Гонина – М.: Кнорус, 2020. – 150 с.

14. *Горобец Л.Н., Литвинов Д.В.* К вопросу о применении карипразина у больных с биполярным аффективным расстройством: взгляд психондocrinологи / Л.Н. Горобец, Д.В. Литвинов – Современная терапия психических расстройств. 2022. №2. – С. 33-42.

15. *Григорова Ю.Б.* Структура эмоционального благополучия / Ю.Б. Григорова. – АНИ: педагогика и психология. 2019. №1 (26). – С. 331-334.

16. *Гуревич П.С.* Психология и педагогика. Учебник и практикум для академического бакалавриата. / П.С. Гуревич – М.: Юрайт, 2019. – 430 с.

17. *Долгиева К.Н.* Арт-терапия в реабилитационных и профилактических программах аутодеструктивного поведения подростков / К.Н. Долгиева – Universum: психология и образование. 2022. №3(93). – С. 25-27.

18. *Дрозд К.В.* Актуальные вопросы педагогики и образования. Учебник и практикум для академического бакалавриата / К.В. Дрозд. – М.: Юрайт, 2019. – 266 с.

19. *Есипов М.А.* Психологическое просвещение как вид психологической помощи. / Есипов М.А. – Актуальные вопросы науки. 2018. №46. – С. 116-118.
20. *Киреева И.П.* Смешанные аффективные расстройства у детей и подростков: трудности диагностики, типология, лечение, профилактика / И.П. Киреева, Э.Л. Казанцева, И.К. Руднева. – Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2022. №1. – С. 56-65.
21. *Кольцова И.В., Долганина В.В.* Психолого-педагогическое сопровождение развития стрессоустойчивости подростков/ И.В. Кольцова, В.В. Долганина. – Вестник Тверского государственного университета. 2021. №3 (56). – С. 65-76.
22. *Копытин А.И.*, Методы арт-терапии в преодолении последствий травматического стресса. М: Когито-Центр, 2014. – 203 с.
23. *Копытин А.И., под ред. Рыжовой Е.Ю.* Современная клиническая арт-терапия. Учебное пособие / Копытин А.И. – М: Когито-Центр, 2015.– 526 с.
24. *Копытин А.И., Постальчук С.И., МакКлин К.* Арт-терапия – новые горизонты / А.И. Копытин, О.И. Постальчук, К.МакКлин. – М.: Когито-Центр, 2017. – 336 с.
25. *Красный Ю.Е.* Арт – всегда терапия. Развитие детей со специальными потребностями средствами искусств / Ю.Е. Красный. – Изд. 2-е, испр. и доп. – М.: Дорога в мир, 2014. – 256 с.
26. *Курьязов А.К.* Арт-терапия – искусство лечения и как ресурс повышения сопротивляемости в период пандемии / А.К. Курьязов – Практика исцеления творчеством: современная арт-терапия в образовании, медицине и социальной сфере. 2022. №9. – С. 195-202.
27. *Малин Д.И.* Лекарственные взаимодействия психотропных средств у больных шизофренией и аффективными расстройствами с COVID-19 / Д.И. Малин, П.В. Рывкин, З.В. Петрова – Социальная и клиническая

психиатрия. 2022. №2. – С. 79-90.

28. *Медведева Е.А., Левченко И.Ю., Комиссарова Л.Н., Добровольская Т.А.* Артпедагогика и арт-терапия в специальном образовании: Учеб. для студ. сред. и высш. пед. учеб. заведений / Е.А. Медведева, И.Ю. Левченко, Л.Н. Комиссарова, Т.А. Добровольская. — М.: Издательский центр «Академия», 2001. — 248 с.

29. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб.: «Оверлайд», 1994. – 304 с.

30. *Мельникова М.Л.* Психология стресса: теория и практика: учебно-методическое пособие / М.Л. Мельникова, 2018. – 112 с.

31. *Минделл А.* Терапевтические психологические интервенции в психиатрию / А. Минделл. – М.: Институт консультирования и системных решений, 2014. – 132 с.

32. *Никольский А.В.* Психология здоровья. Специфика и пределы адаптивности человека: учебник для вузов / А.В. Никольский. — Москва: Издательство Юрайт, 2020. — 303 с.

33. *Огородникова Л.А.* Подходы к исследованию памяти и мнемических способностей в отечественной и зарубежной психологии / Л.А. Огородникова. – Ярославский педагогический вестник. 2018. №2. С. 308-312.

34. *Осколкова С.Н.* Идеи Жозефа Гислена в развитии психиатрии. Научный обзор. – Российский психиатрический журнал. 2018. №3. – С. 74-79.

35. *Петунова С.А., Григорьева Н.В., Захарова А.Н., Дулина Г.С.* Стрессоустойчивость как фактор психологического здоровья подростков –Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2019. №1-2. – С. 51-57.

36. *Попов С.М.* Психопатологические особенности истерических расстройств в рамках эндогенных психических заболеваний аффективного спектра и шизофрении / С.М. Попов – Социальная и клиническая



психиатрия. 2022. №1. – С. 34-40.

37. *Попов Ю.В., Пичиков А.А.* Особенности клиники и терапии расстройств аффективного спектра в детском и подростковом возрасте – Психиатрия: национальное руководство. 2020. №5. – С.805-822.

38. *Розин В.М.* Психика и здоровье человека / В.М. Розин. – М.: КД Либроком, 2018. – 224 с.

39. *Рюмке А.* Психиатрия. Целостный взгляд: 1 т. / А. Рюмке. – К.: Изд-во «НАИРИ», 2012. – 317 с.

40. *Савва А.И.* Когнитивно-аффективные расстройства у студентов с психосоматическими заболеваниями / А.И. Савва, Е.А. Веселкова – Психолого-педагогические аспекты совершенствования подготовки студентов вуза. 2022. №7. – С. 175-177.

41. *Свирипо О.А., Туманова О.С.* Образ, символ, метафора в современной психотерапии / О.А. Свирипо, О.С. Туманова. М.: Издательство Института Психотерапии, 2017. – 210 с.

42. *Снедков Е.В.* Шизоаффективное расстройство: прошлое и настоящее глоридной конструкции / Е.В. Снедков, А.Е. Веракса, П.Ю. Мучник – Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2022. № 2. – С. 8-20.

43. *Тювина Н.А., Вербицкая М.С., Кренкель Г.Л., Ефремова Е.Н.* Клинические особенности атипичной депрессии в рамках биполярного и рекуррентного аффективных расстройств, психогенных депрессий / Н.А. Тювина, М.С. Вербицкая, Г.Л. Кренкель, Е.Н. Ефремова – Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2022. №2. – С. 56-63.

44. *Фрейд З.* Введение в психоанализ / З. Фрейд. – М.: Эксмо, 2019. – 77 с.

45. *Харитонова Е.В.* Аффективные расстройства и качество жизни пациентов, находящихся на лечении программным гемодиализом и перитонеальным диализом / Е. В. Харитонова – Материалы конференции

студентов и молодых ученых, посвященной памяти профессора Д.А. Маслакова. 2019. №4. – С. 433-434.

46. *Херманн Д.* Язык памяти / Д. Херманн. – М.: Эксмо-Пресс, 2018. – 256 с.

47. *Хофман И.* Активная память: Экспериментальные исследования и теории человеческой памяти / И. Хофман; пер. с нем. К.М. Шоломина; общ. ред. и предисловие Б.М. Величковского, Н.К. Корсаковой. – М.: Прогресс, 1986. – 308 с.

48. *Хохлова В.А.* Психолого-педагогические подходы к применению арт-терапии в образовании / В.А. Хохлова – Актуальные проблемы современного общего и профессионального образования. 2022. – С. 186-191.

49. *Шадриков В.Д.* Психология деятельности и способности человека Учеб. пособие, 6-е изд., перераб. и доп. / В.Д. Шадриков. – М.: Логос, 2019. – 320 с.

50. *Шкурко Т.А.* Социальное поведение человека: объяснительные модели, теории, методический инструментарий / Т.А. Шкурко. – Ростов-на-Дону; Таганрог: Святский федеральный университет, 2017. – 118 с.

51. *Юнг К.Г.* Архетип и символ / К.Г. Юнг. – М.: «Канон+» РООИ «Реабилитация», 2016 – 320 с.

52. *Юнг К.Г.* Структура и динамика психического / К.Г. Юнг. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2016 – 336 с.

53. *Ялом И., Лесц М.* Групповая психотерапия. 5-е изд. / И. Ялом, М. Лесц. – СПб.: Питер, 2021. – 624 с.

54. *Ясин М.И.* Групповая терапия онлайн для людей с аффективными расстройствами / М. И. Ясин – Психологическая помощь социально незащищенным лицам с использованием дистанционных технологий (интернет-консультирование и дистанционное обучение). 2021. №7. – С. 256-259.

55. *Bleuler E.* Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien / E.

Bleuler. – Leipzig, Germany: Deuticke, 1911. – 456 p.

56. *Kahlbaum K.L.* Die Katatonie oder das Spannungsirresein / K.L. Kahlbaum – Berlin: Hirschwald, 1874. – 124 p.

57. *Khanna S.* Schizophrenic pseudo dementia — a case report / S. Khanna, A. Jee – Indian J Psychiatry. 1988. №30(3): P. 307-309.

58. *Lowenfeld V.* The Nature of Creative Activity. New York: Harcourt, Brace and Company, 1939. – 256 p.

59. Международная классификация болезней (11 пересмотр). Психические и поведенческие расстройства. [Электронный документ] (<http://psyandneuro.ru/stati/icd-11-disordergrouping/>). Проверено 07.10.2022.

60. Здоровье и психология [Электронный ресурс]. – [Электронный документ]

(<https://www.international-school-parent.com/articles/empathy-children/>).

Проверено 07.10.2022.

61. **8 (800) 100-67-87**  
**info@toptem.ru**

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Таблица 1.1

Сводная таблица данных по изучению самооценки Будасси в группе респондентов с аффективными и психотическими расстройствами

№ испытуемого оп/п	Балл	Уровень самооценки
1.	- 0.6	Заниженная
2.	- 0.7	Заниженная
3.	- 0.8	Заниженная
4.	-0.9	Заниженная
5.	- 0.7	Заниженная
6.	- 0.8	Заниженная
7.	- 0.9	Заниженная
8.	- 0.7	Заниженная
9.	- 0.8	Заниженная
10.	- 0.9	Заниженная
11.	- 0.7	Заниженная
12.	- 0.8	Заниженная
13.	-0.9	Заниженная
14.	- 0.7	Заниженная
15.	- 0.8	Заниженная
16.	-0.9	Заниженная
17.	- 0.7	Заниженная
18.	- 0.8	Заниженная

Продолжение Таблицы 1.1

№ испытуемого оп/п	Балл	Уровень самооценки
19.	-0.9	Заниженная
20	- 0.7	Заниженная
21	0.3	Адекватная
22	0.2	Адекватная
23	0.5	Адекватная
24	0.5	Адекватная
25	0.3	Адекватная
26	0.4	Адекватная
27	0.4	Адекватная
28	0.4	Адекватная
29	0.5	Адекватная
30	0.5	Адекватная
31	0.3	Адекватная
32	0.4	Адекватная
33	0.4	Адекватная
34	0.4	Адекватная
35	0.5	Адекватная
36	0.5	Адекватная
37	0.3	Адекватная
38	0.4	Адекватная
39	0.4	Адекватная

Таблица 1.2

. Сводная таблица данных по изучению самооценки Будасси в контрольной группе респондентов, не имеющих расстройств

№ испытуемого оп/п	Балл	Уровень самооценки
1.	- 0.6	Заниженная
2.	- 0.7	Заниженная
3.	- 0.8	Заниженная
4.	-0.9	Заниженная
5.	- 0.7	Заниженная
6.	- 0.8	Заниженная
7	-0.9	Заниженная
8	-0.7	Заниженная
9.	- 0.8	Заниженная
10.	-0.9	Заниженная
11.	-0.7	Заниженная
12.	-0.8	Заниженная
13.	0.5	Адекватная
14.	0.5	Адекватная
15	0.5	Адекватная
16.	0.5	Адекватная
17.	0.5	Адекватная
18.	0.5	Адекватная
19.	0.5	Адекватная
20	0.5	Адекватная

## Продолжение Таблицы 1.2

№ испытуемого оп/п	Балл	Уровень самооценки
21	0.5	Адекватная
22	0.5	Адекватная
23	0.5	Адекватная
24	0.5	Адекватная
25	0.3	Адекватная
26	0.4	Адекватная
27	0.4	Адекватная
28	0.9	Завышенная
29	0.9	Завышенная
30	0.9	Завышенная
31	0.9	Завышенная
32	0.9	Завышенная
33	0.8	Завышенная
34	0.9	Завышенная
35	0.9	Завышенная
36	0.7	Завышенная
37	0.7	Завышенная
38	0.7	Завышенная
39	0.8	Завышенная
40	0.8	Завышенная

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Таблица 2.1

### ТЕСТ КОТ в группе респондентов с аффективными и психотическими расстройствами

№ испытуемого оп/п	Балл	Уровень способностей	Балл	Уровень самооценки
1.	15	Ниже среднего	- 0.6	Заниженная
2.	16	Ниже среднего	- 0.7	Заниженная
3.	17	Ниже среднего	- 0.8	Заниженная
4.	18	Ниже среднего	-0.9	Заниженная
5.	16	Ниже среднего	- 0.7	Заниженная
6.	18	Ниже среднего	- 0.8	Заниженная
7.	18	Ниже среднего	-0.9	Заниженная
8.	15	Ниже среднего	- 0.7	Заниженная
9.	15	Ниже среднего	- 0.8	Заниженная
10.	16	Ниже среднего	-0.9	Заниженная
11.	15	Ниже среднего	- 0.7	Заниженная
12.	16	Ниже среднего	- 0.8	Заниженная
13.	17	Ниже среднего	-0.9	Заниженная
14.	17	Ниже среднего	- 0.7	Заниженная
15.	19	Средний	- 0.8	Заниженная
16.	20	Средний	-0.9	Заниженная
17.	22	Средний	- 0.7	Заниженная
18.	23	Средний	- 0.8	Заниженная



Продолжение Таблицы 2.1

№ испытуемого оп/п	Балл	Уровень способностей	Балл	Уровень самооценки
19.	23	Средний	-0.9	Заниженная
21	20	Средний	0.3	Адекватная
22	20	Средний	0.2	Адекватная
23	22	Средний	0.5	Адекватная
24	21	Средний	0.5	Адекватная
25	22	Средний	0.3	Адекватная
26	21	Средний	0.4	Адекватная
27	20	Средний	0.4	Адекватная
28	19	Средний	0.4	Адекватная
29	20	Средний	0.5	Адекватная
30	20	Средний	0.5	Адекватная
31	25	Выше среднего	0.3	Адекватная
32	26	Выше среднего	0.4	Адекватная
33	26	Выше среднего	0.4	Адекватная
34	26	Выше среднего	0.4	Адекватная
35	27	Выше среднего	0.5	Адекватная
36	27	Выше среднего	0.5	Адекватная
37	26	Выше среднего	0.3	Адекватная
38	27	Выше среднего	0.4	Адекватная
39	27	Выше среднего	0.4	Адекватная
40	27	Выше среднего	0.4	Адекватная

Таблица 2.2

## ТЕСТ КОТ в контрольной группе респондентов, не имеющих расстройств

№ испытуемого оп/п	Балл	Уровень способностей	Балл	Уровень самооценки
1.	15	Ниже среднего	- 0.6	Заниженная
2.	15	Ниже среднего	- 0.7	Заниженная
3.	16	Ниже среднего	- 0.8	Заниженная
4.	15	Ниже среднего	-0.9	Заниженная
5.	15	Ниже среднего	- 0.7	Заниженная
6.	18	Ниже среднего	- 0.8	Заниженная
7.	18	Ниже среднего	-0.9	Заниженная
8.	15	Ниже среднего	-0.7	Заниженная
9.	16	Ниже среднего	- 0.8	Заниженная
10.	16	Ниже среднего	-0.9	Заниженная
11.	15	Ниже среднего	- 0.7	Заниженная
12.	16	Ниже среднего	- 0.8	Заниженная
13.	19	Средний	0.5	Адекватная
14.	20	Средний	0.5	Адекватная
15.	22	Средний	0.5	Адекватная
16.	23	Средний	0.5	Адекватная
17.	19	Средний	0.5	Адекватная
18.	20	Средний	0.5	Адекватная
19.	22	Средний	0.5	Адекватная
20.	23	Средний	0.5	Адекватная

Продолжение Таблицы 2.2

№ испытуемого оп/п	Балл	Уровень способностей	Балл	Уровень самооценки
21	19	Средний	0.5	Адекватная
22	26	Выше среднего	0.5	Адекватная
23	27	Выше среднего	0.5	Адекватная
24	27	Выше среднего	0.5	Адекватная
25	25	Выше среднего	0.3	Адекватная
26	26	Выше среднего	0.4	Адекватная
27	26	Выше среднего	0.4	Адекватная
28	29	Выше среднего	0.9	Завышенная
29	29	Выше среднего	0.9	Завышенная
30	33	Высокий	0.9	Завышенная
31	32	Высокий	0.9	Завышенная
32	33	Высокий	0.9	Завышенная
33	31	Высокий	0.8	Завышенная
34	32	Высокий	0.9	Завышенная
35	32	Высокий	0.9	Завышенная
36	30	Высокий	0.7	Завышенная
37	30	Высокий	0.7	Завышенная
38	30	Высокий	0.7	Завышенная
39	31	Высокий	0.8	Завышенная
40	31	Высокий	0.8	Завышенная

### ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Таблица 3.1

**Результаты исследования памяти и внимания группе респондентов с аффективными и психотическими расстройствами**

№	Балл	Уровень слуховой памяти	Балл	Уровень внимания	Балл	Уровень самооценки
1.	1	Низкий	1	Низкий	- 0.6	Заниженная
2.	2	Низкий	2	Низкий	- 0.7	Заниженная
3.	3	Низкий	3	Низкий	- 0.8	Заниженная
4.	3	Низкий	3	Низкий	-0.9	Заниженная
5.	3	Низкий	2	Низкий	- 0.7	Заниженная
6.	2	Низкий	3	Низкий	- 0.8	Заниженная
7.	3	Низкий	3	Низкий	-0.9	Заниженная
8.	2	Низкий	2	Низкий	- 0.7	Заниженная
9.	2	Низкий	3	Низкий	- 0.8	Заниженная
10.	3	Низкий	6	Средний	-0.9	Заниженная
11.	2	Низкий	5	Средний	- 0.7	Заниженная
12.	2	Низкий	6	Средний	- 0.8	Заниженная
13.	3	Низкий	6	Средний	-0.9	Заниженная
14.	1	Низкий	5	Средний	- 0.7	Заниженная
15.	2	Низкий	6	Средний	- 0.8	Заниженная
16.	3	Низкий	6	Средний	-0.9	Заниженная
17.	1	Низкий	5	Средний	- 0.7	Заниженная
18.	2	Низкий	5	Средний	- 0.8	Заниженная

Продолжение Таблицы 3.1

№	Балл	Уровень слуховой памяти	Балл	Уровень внимания	Балл	Уровень самооценки
19.	3	Низкий	6	Средний	-0.9	Заниженная
20	3	Низкий	5	Средний	- 0.7	Заниженная
21	3	Низкий	5	Средний	0.3	Адекватная
22	3	Низкий	6	Средний	0.2	Адекватная
23	7	Средний	6	Средний	0.5	Адекватная
24	7	Средний	6	Средний	0.5	Адекватная
25	5	Средний	5	Средний	0.3	Адекватная
26	6	Средний	4	Средний	0.4	Адекватная
27	6	Средний	4	Средний	0.4	Адекватная
28	6	Средний	4	Средний	0.4	Адекватная
29	7	Средний	6	Средний	0.5	Адекватная
30	7	Средний	6	Средний	0.5	Адекватная
31	5	Средний	4	Средний	0.3	Адекватная
32	6	Средний	7	Высокий	0.4	Адекватная
33	6	Средний	7	Высокий	0.4	Адекватная
34	6	Средний	7	Высокий	0.4	Адекватная
35	10	Высокий	8	Высокий	0.5	Адекватная
36	10	Высокий	8	Высокий	0.5	Адекватная
37	8	Высокий	7	Высокий	0.3	Адекватная
38	8	Высокий	7	Высокий	0.4	Адекватная
39	8	Высокий	7	Высокий	0.4	Адекватная
40	8	Высокий	7	Высокий	0.4	Адекватная

Таблица 3.2

**Познавательные процессы контрольной группе респондентов, не имеющих расстройств**

№ испытуемого оп/п	Балл	Уровень слуховой памяти	Балл	Уровень внимания	Балл	Уровень самооценки
1.	1	Низкий	1	Низкий	- 0.6	Заниженная
2.	3	Низкий	2	Низкий	- 0.7	Заниженная
3.	3	Низкий	3	Низкий	- 0.8	Заниженная
4.	3	Низкий	3	Низкий	-0.9	Заниженная
5.	3	Низкий	2	Низкий	- 0.7	Заниженная
6.	3	Низкий	3	Низкий	- 0.8	Заниженная
7	3	Низкий	3	Низкий	-0.9	Заниженная
8	7	Средний	2	Низкий	- 0.7	Заниженная
9.	8	Средний	3	Низкий	- 0.8	Заниженная
10.	8	Средний	6	Средний	-0.9	Заниженная
11.	6	Средний	5	Средний	- 0.7	Заниженная
12.	7	Средний	6	Средний	- 0.8	Заниженная
13.	7	Средний	6	Средний	0.5	Адекватная
14.	7	Средний	5	Средний	0.5	Адекватная
15	7	Средний	6	Средний	0.5	Адекватная
16.	7	Средний	6	Средний	0.5	Адекватная
17.	7	Средний	5	Средний	0.5	Адекватная
18.	9	Высокий	5	Средний	0.5	Адекватная
19.	9	Высокий	6	Средний	0.5	Адекватная

Продолжение Таблицы 3.2

№ испытуемого оп/п	Балл	Уровень слуховой памяти	Балл	Уровень внимания	Балл	Уровень самооценки
20	9	Высокий	5	Средний	0.5	Адекватная
21	9	Высокий	5	Средний	0.5	Адекватная
22	8	Высокий	6	Средний	0.5	Адекватная
23	8	Высокий	6	Средний	0.5	Адекватная
24	9	Высокий	6	Средний	0.5	Адекватная
25	9	Высокий	5	Средний	0.5	Адекватная
26	8	Высокий	4	Средний	0.4	Адекватная
27	8	Высокий	4	Средний	0.4	Адекватная
28	10	Высокий	4	Средний	0.9	Завышенная
29	10	Высокий	7	Средний	0.9	Завышенная
30	10	Высокий	7	Средний	0.9	Завышенная
31	10	Высокий	7	Средний	0.9	Завышенная
32	9	Высокий	10	Высокий	0.9	Завышенная
33	8	Высокий	8	Высокий	0.8	Завышенная
34	10	Высокий	9	Высокий	0.9	Завышенная
35	10	Высокий	9	Высокий	0.9	Завышенная
36	8	Высокий	8	Высокий	0.7	Завышенная
37	8	Высокий	8	Высокий	0.7	Завышенная
38	8	Высокий	8	Высокий	0.7	Завышенная
39	8	Высокий	8	Высокий	0.8	Завышенная
40	8	Высокий	10	Высокий	0.8	Завышенная

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Таблица 4.1

Результаты исследования в группе респондентов с аффективными и психотическими расстройствами

## Самооценка –КОТ

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d <sup>2</sup>
1	-0.6	20	15	2.5	17.5	306.25
2	-0.7	16	16	6.5	9.5	90.25
3	-0.8	9.5	17	10	-0.5	0.25
4	-0.9	3.5	18	13	-9.5	90.25
5	-0.7	16	16	6.5	9.5	90.25
6	-0.8	9.5	18	13	-3.5	12.25
7	-0.9	3.5	18	13	-9.5	90.25
8	-0.7	16	15	2.5	13.5	182.25
9	-0.8	9.5	15	2.5	7	49
10	-0.9	3.5	16	6.5	3	9
11	-0.7	16	15	2.5	13.5	182.25
12	-0.8	9.5	16	6.5	3	9
13	-0.9	3.5	17	10	-6.5	42.25
14	-0.7	16	17	10	6	36
15	-0.8	9.5	19	15.5	-6	36
16	-0.9	3.5	20	19.5	-16	256
17	-0.7	16	22	26	-10	100
18	-0.8	9.5	23	28.5	-19	361
19	-0.9	3.5	23	28.5	-25	625
20	-0.7	16	24	30	-14	196
21	0.3	23.5	20	19.5	4	16
22	0.2	21	20	19.5	1.5	2.25
23	0.5	37.5	22	26	11.5	132.25



Продолжение Таблицы 4.1

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d <sup>2</sup>
24	0.5	37.5	21	23.5	14	196
25	0.3	23.5	22	26	-2.5	6.25
26	0.4	30	21	23.5	6.5	42.25
27	0.4	30	20	19.5	10.5	110.25
28	0.4	30	19	15.5	14.5	210.25
29	0.5	37.5	20	19.5	18	324
30	0.5	37.5	20	19.5	18	324
31	0.3	23.5	25	31	-7.5	56.25
32	0.4	30	26	33.5	-3.5	12.25
33	0.4	30	26	33.5	-3.5	12.25
34	0.4	30	26	33.5	-3.5	12.25
35	0.5	37.5	27	38	-0.5	0.25
36	0.5	37.5	27	38	-0.5	0.25
37	0.3	23.5	26	33.5	-10	100
38	0.4	30	27	38	-8	64
39	0.4	30	27	38	-8	64
40	0.4	30	27	38	-8	64
Суммы		820		820	0	4512.5

Результат:  $r_s = 0.57$

Критические значения для N = 40

N	p	
	0.05	0.01
40	<b>0.31</b>	<b>0.4</b>

Ответ:  $H_0$  отвергается. Корреляция между А и В статистически значима.

Таблица 4.2

## Самооценка – уровень слуховой памяти

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d <sup>2</sup>
1	-0.6	20	1	2	18	324
2	-0.7	16	2	7.5	8.5	72.25
3	-0.8	9.5	3	17	-7.5	56.25
4	-0.9	3.5	3	17	-13.5	182.25
5	-0.7	16	3	17	-1	1
6	-0.8	9.5	2	7.5	2	4
7	-0.9	3.5	3	17	-13.5	182.25
8	-0.7	16	2	7.5	8.5	72.25
9	-0.8	9.5	2	7.5	2	4
10	-0.9	3.5	3	17	-13.5	182.25
11	-0.7	16	2	7.5	8.5	72.25
12	-0.8	9.5	2	7.5	2	4
13	-0.9	3.5	3	17	-13.5	182.25
14	-0.7	16	1	2	14	196
15	-0.8	9.5	2	7.5	2	4
16	-0.9	3.5	3	17	-13.5	182.25
17	-0.7	16	1	2	14	196
18	-0.8	9.5	2	7.5	2	4
19	-0.9	3.5	3	17	-13.5	182.25
20	-0.7	16	3	17	-1	1
21	0.3	23.5	3	17	6.5	42.25
22	0.2	21	3	17	4	16
23	0.5	37.5	7	32.5	5	25
24	0.5	37.5	7	32.5	5	25
25	0.3	23.5	5	23.5	0	0

Продолжение Таблицы 4.2

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d <sup>2</sup>
26	0.4	30	6	27.5	2.5	6.25
27	0.4	30	6	27.5	2.5	6.25
28	0.4	30	6	27.5	2.5	6.25
29	0.5	37.5	7	32.5	5	25
30	0.5	37.5	7	32.5	5	25
31	0.3	23.5	5	23.5	0	0
32	0.4	30	6	27.5	2.5	6.25
33	0.4	30	6	27.5	2.5	6.25
34	0.4	30	6	27.5	2.5	6.25
35	0.5	37.5	10	39.5	-2	4
36	0.5	37.5	10	39.5	-2	4
37	0.3	23.5	8	36.5	-13	169
38	0.4	30	8	36.5	-6.5	42.25
39	0.4	30	8	36.5	-6.5	42.25
40	0.4	30	8	36.5	-6.5	42.25
Суммы		820		820	0	2604

Результат:  $r_s = 0.756$

Критические значения для N = 40

N	p	
	0.05	0.01
40	<b>0.31</b>	<b>0.4</b>

Таблица 4.3

## Самооценка- уровень памяти

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d <sup>2</sup>
1	-0.6	20	1	1	19	361
2	-0.7	16	2	3	13	169
3	-0.8	9.5	3	7	2.5	6.25
4	-0.9	3.5	3	7	-3.5	12.25
5	-0.7	16	2	3	13	169
6	-0.8	9.5	3	7	2.5	6.25
7	-0.9	3.5	3	7	-3.5	12.25
8	-0.7	16	2	3	13	169
9	-0.8	9.5	3	7	2.5	6.25
10	-0.9	3.5	6	26	-22.5	506.25
11	-0.7	16	5	17	-1	1
12	-0.8	9.5	6	26	-16.5	272.25
13	-0.9	3.5	6	26	-22.5	506.25
14	-0.7	16	5	17	-1	1
15	-0.8	9.5	6	26	-16.5	272.25
16	-0.9	3.5	6	26	-22.5	506.25
17	-0.7	16	5	17	-1	1
18	-0.8	9.5	5	17	-7.5	56.25
19	-0.9	3.5	6	26	-22.5	506.25
20	-0.7	16	5	17	-1	1
21	0.3	23.5	5	17	6.5	42.25
22	0.2	21	6	26	-5	25
23	0.5	37.5	6	26	11.5	132.25
24	0.5	37.5	6	26	11.5	132.25
25	0.3	23.5	5	17	6.5	42.25

Продолжение Таблицы 4.3

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d <sup>2</sup>
26	0.4	30	4	11.5	18.5	342.25
27	0.4	30	4	11.5	18.5	342.25
28	0.4	30	4	11.5	18.5	342.25
29	0.5	37.5	6	26	11.5	132.25
30	0.5	37.5	6	26	11.5	132.25
31	0.3	23.5	4	11.5	12	144
32	0.4	30	7	35	-5	25
33	0.4	30	7	35	-5	25
34	0.4	30	7	35	-5	25
35	0.5	37.5	8	39.5	-2	4
36	0.5	37.5	8	39.5	-2	4
37	0.3	23.5	7	35	-11.5	132.25
38	0.4	30	7	35	-5	25
39	0.4	30	7	35	-5	25
40	0.4	30	7	35	-5	25
Суммы		820		820	0	5640.5

Результат:  $r_s = 0.471$

Критические значения для  $N = 40$

N	p	
	0.05	0.01
40	<b>0.31</b>	<b>0.4</b>

Ответ:  $H_0$  отвергается. Корреляция между А и В статистически значима.

Таблица 4.4

**Результаты исследования корреляционных связей в контрольной группе  
респондентов, не имеющих расстройств**

**Самооценка – уровень способностей (КОТ)**

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d <sup>2</sup>
1	15	3.5	-0.6	12	-8.5	72.25
2	15	3.5	-0.7	9.5	-6	36
3	16	8.5	-0.8	5.5	3	9
4	15	3.5	-0.9	2	1.5	2.25
5	15	3.5	-0.7	9.5	-6	36
6	18	11.5	-0.8	5.5	6	36
7	18	11.5	-0.9	2	9.5	90.25
8	15	3.5	-0.7	9.5	-6	36
9	16	8.5	-0.8	5.5	3	9
10	16	8.5	-0.9	2	6.5	42.25
11	15	3.5	-0.7	9.5	-6	36
12	16	8.5	-0.8	5.5	3	9
13	19	14	0.5	21.5	-7.5	56.25
14	20	16.5	0.5	21.5	-5	25
15	22	18.5	0.5	21.5	-3	9
16	23	20.5	0.5	21.5	-1	1
17	19	14	0.5	21.5	-7.5	56.25
18	20	16.5	0.5	21.5	-5	25
19	22	18.5	0.5	21.5	-3	9
20	23	20.5	0.5	21.5	-1	1
21	19	14	0.5	21.5	-7.5	56.25
22	26	24	0.5	21.5	2.5	6.25
23	27	26.5	0.5	21.5	5	25

Продолжение Таблицы 4.4

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d <sup>2</sup>
24	27	26.5	0.5	21.5	5	25
25	25	22	0.3	13	9	81
26	26	24	0.4	14.5	9.5	90.25
27	26	24	0.4	14.5	9.5	90.25
28	29	28.5	0.9	37	-8.5	72.25
29	29	28.5	0.9	37	-8.5	72.25
30	33	39.5	0.9	37	2.5	6.25
31	32	37	0.9	37	0	0
32	33	39.5	0.9	37	2.5	6.25
33	31	34	0.8	32	2	4
34	32	37	0.9	37	0	0
35	32	37	0.9	37	0	0
36	30	31	0.7	29	2	4
37	30	31	0.7	29	2	4
38	30	31	0.7	29	2	4
39	31	34	0.8	32	2	4
40	31	34	0.8	32	2	4
Суммы		820		820	0	1151.5

Результат:  $r_s = 0.892$

Критические значения для  $N = 40$

N	p	
	0.05	0.01
40	<b>0.31</b>	<b>0.4</b>

Ответ:  $H_0$  отвергается. Корреляция между А и В статистически значима.

Таблица 4.5

## Самооценка – уровень слуховой памяти

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d <sup>2</sup>
1	1	1	-0.6	12	-11	121
2	3	4.5	-0.7	9.5	-5	25
3	3	4.5	-0.8	5.5	-1	1
4	3	4.5	-0.9	2	2.5	6.25
5	3	4.5	-0.7	9.5	-5	25
6	3	4.5	-0.8	5.5	-1	1
7	3	4.5	-0.9	2	2.5	6.25
8	7	12	-0.7	9.5	2.5	6.25
9	8	21.5	-0.8	5.5	16	256
10	8	21.5	-0.9	2	19.5	380.25
11	6	8	-0.7	9.5	-1.5	2.25
12	7	12	-0.8	5.5	6.5	42.25
13	7	12	0.5	21.5	-9.5	90.25
14	7	12	0.5	21.5	-9.5	90.25
15	7	12	0.5	21.5	-9.5	90.25
16	7	12	0.5	21.5	-9.5	90.25
17	7	12	0.5	21.5	-9.5	90.25
18	9	31	0.5	21.5	9.5	90.25
19	9	31	0.5	21.5	9.5	90.25
20	9	31	0.5	21.5	9.5	90.25
21	9	31	0.5	21.5	9.5	90.25
22	8	21.5	0.5	21.5	0	0
23	8	21.5	0.5	21.5	0	0
24	9	31	0.5	21.5	9.5	90.25
25	9	31	0.3	13	18	324



Продолжение Таблицы 4.5

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d <sup>2</sup>
26	8	21.5	0.4	14.5	7	49
27	8	21.5	0.4	14.5	7	49
28	10	37.5	0.9	37	0.5	0.25
29	10	37.5	0.9	37	0.5	0.25
30	10	37.5	0.9	37	0.5	0.25
31	10	37.5	0.9	37	0.5	0.25
32	9	31	0.9	37	-6	36
33	8	21.5	0.8	32	-10.5	110.25
34	10	37.5	0.9	37	0.5	0.25
35	10	37.5	0.9	37	0.5	0.25
36	8	21.5	0.7	29	-7.5	56.25
37	8	21.5	0.7	29	-7.5	56.25
38	8	21.5	0.7	29	-7.5	56.25
39	8	21.5	0.8	32	-10.5	110.25
40	8	21.5	0.8	32	-10.5	110.25
Суммы		820		820	0	2734

Результат:  $r_s = 0.744$

Критические значения для N = 40

N	p	
	0.05	0.01
40	<b>0.31</b>	<b>0.4</b>

Ответ:  $H_0$  отвергается. Корреляция между А и В статистически значима

Таблица 4.6

## Самооценка – уровень внимания

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d <sup>2</sup>
1	1	1	-0.6	12	-11	121
2	2	3	-0.7	9.5	-6.5	42.25
3	3	7	-0.8	5.5	1.5	2.25
4	3	7	-0.9	2	5	25
5	2	3	-0.7	9.5	-6.5	42.25
6	3	7	-0.8	5.5	1.5	2.25
7	3	7	-0.9	2	5	25
8	2	3	-0.7	9.5	-6.5	42.25
9	3	7	-0.8	5.5	1.5	2.25
10	6	24	-0.9	2	22	484
11	5	16	-0.7	9.5	6.5	42.25
12	6	24	-0.8	5.5	18.5	342.25
13	6	24	0.5	21.5	2.5	6.25
14	5	16	0.5	21.5	-5.5	30.25
15	6	24	0.5	21.5	2.5	6.25
16	6	24	0.5	21.5	2.5	6.25
17	5	16	0.5	21.5	-5.5	30.25
18	5	16	0.5	21.5	-5.5	30.25
19	6	24	0.5	21.5	2.5	6.25
20	5	16	0.5	21.5	-5.5	30.25
21	5	16	0.5	21.5	-5.5	30.25
22	6	24	0.5	21.5	2.5	6.25
23	6	24	0.5	21.5	2.5	6.25
24	6	24	0.5	21.5	2.5	6.25
25	5	16	0.3	13	3	9

Продолжение Таблицы 4.6

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d <sup>2</sup>
26	4	11	0.4	14.5	-3.5	12.25
27	4	11	0.4	14.5	-3.5	12.25
28	4	11	0.9	37	-26	676
29	7	30	0.9	37	-7	49
30	7	30	0.9	37	-7	49
31	7	30	0.9	37	-7	49
32	10	39.5	0.9	37	2.5	6.25
33	8	34	0.8	32	2	4
34	9	37.5	0.9	37	0.5	0.25
35	9	37.5	0.9	37	0.5	0.25
36	8	34	0.7	29	5	25
37	8	34	0.7	29	5	25
38	8	34	0.7	29	5	25
39	8	34	0.8	32	2	4
40	10	39.5	0.8	32	7.5	56.25
Суммы		820		820	0	2370.5

Результат:  $r_s = 0.778$

Критические значения для N = 40

N	p	
	0.05	0.01
40	<b>0.31</b>	<b>0.4</b>

Ответ:  $H_0$  отвергается. Корреляция между А и В статистически значима.