

НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ЧАСТНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«МОСКОВСКИЙ ИНСТИТУТ ПСИХОАНАЛИЗА»

**Факультет клинической психологии**

ТЕМА

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

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

**ПИШЕМ-ВКР-САМИ.РФ**

студента группы

Профиль

«Клинико-психологическое консультирование с основами психотерапии»

Москва 2022

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРИМЕНЕНИЯ АРТ-ТЕХНИК В РАБОТЕ С ЛЮДЬМИ С АФФЕКТИВНЫМИ И ПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	6
1.1. Понятие аффективных и психотических расстройств в психологической литературе .....	6
1.2. Теоретическое обоснование эффективности психотерапевтической работы с аффективными и психотическими расстройствами с помощью арт-терапии .....	9
Выводы по теоретической главе .....	17
ГЛАВА II. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ АФФЕКТИВНЫХ И ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ .....	19
2.1. Этапы, методы, методики исследования .....	19
2.2. Характеристика выборки и анализ результатов исследований на формирующем этапе исследования .....	25
Выводы по эмпирической главе .....	30
ГЛАВА III. ПРОГРАММА ПРИМЕНЕНИЯ АРТ-ТЕХНИК В РАБОТЕ С ЛЮДЬМИ С АФФЕКТИВНЫМИ И ПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	41
3.1. Описание программы психотерапевтической работы с людьми с аффективными и психотическими расстройствами с применением арт-техник	41
3.2. Анализ результатов исследований на контрольном этапе исследования	52
Выводы по практической главе .....	56
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	58
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	61
ПРИЛОЖЕНИЯ .....	1

ПИШЕМ-ВКР-САМИ.РФ

## 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.

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

**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.

**Гипотеза исследования:**

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

**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.

**Теоретико-методологическая основа исследования.** 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.

**Методы исследования:**

В исследовании будет использован комплекс методов: теоретический анализ монографических и диссертационных исследований, статей и других научных публикаций, отражающих проблемы аффективных и психотических расстройств, а также по психотерапевтическому применению методов арт-терапии.

В качестве **психодиагностических методик:**

1. Анкетирование участников исследования,
2. Таблицы Шульце,
3. Тест слежения,
4. Заучивание 10 слов,
5. ВАСС,
6. Тест комплексной фигуры Рея–Остеррица,
7. Копирование,
8. Тест Векслера,
9. Оценка уровня самооценки.

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.

**Выборка испытуемых:** 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 диагнозом F20 – F29 по МКБ-10, такими как: шизофрения, шизоаффективное расстройство, психоз. Критериями включения в исследование были: возраст 18 – 45 лет; подтвержденный диагноз. Критерии не включения были обострение заболевания и злоупотребление психоактивными веществами.

#### **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.

**Структура работы.** Основными структурными элементами работы являются: введение, три главы и заключение, включающее выводы; список литературы, насчитывающий 51 наименование, из них 5 – на иностранном языке. Иллюстративный материал представлен в виде 7 рисунков, 5 таблиц, приведённых в тексте работы и 12 таблиц, приведённых в приложении.

# 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

Аффективное расстройство в соответствии с международными классификациями и диагностическими руководствами 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 (мания или гипомания), в других — снижаются (депрессия).

Психоз в концептуальной психиатрии трактуется как состояние, характеризующееся регистрами позитивной психопатологической симптоматики, включающими аффективные психотические, паранойяльные бредовые, галлюцинаторные и бредовые, парфренические кататонические бредовые состояния, разноплановости мышления и спутанность сознания. И. П. Киреева указывает, что поведение больного определяется психотической симптоматикой с утратой волевого контроля. Отсутствует критическая оценка своего состояния как болезненного [21, с. 56].

В международных классификациях и диагностических руководствах выделяют близкое к заболеваниям понятие «психотические симптомы», включающее психомоторное возбуждение или заторможенность, галлюцинации, бред, кататонические нарушения и признаки спутанности сознания.

По мнению Д. И. Малина 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 [25, с. 79].

Соответственно, одним из ключевых категорий 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»).

При атипичном маниакально-депрессивном психозе, как считает В. Д. Шадриков в структуре фаз имеют место варианты простых и сложных депрессий и маний и смешанные состояния. Течение менее благоприятное за счет повышения длительности фаз и снижения качества ремиссий (за счет астенических и непсихотических аффективных расстройств) с тенденцией к континуальной смене депрессий и маний [44, с. 96].

Переходные формы включают состояния, при которых в структуре фаз возникают 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 благожелательные голоса) симптоматикой.

Понятие аффективный психоз объединяет типичный, атипичный варианты и переходные формы маниакально-депрессивного психоза. Операциональная диагностика биполярного аффективного расстройства предполагает констатацию рубрик международных классификаций и диагностических руководств [36, с. 96].

Отдельные описания острых психотических расстройств встречались еще на заре развития клинической психиатрии в структуре малодифференцированной группы психозов различной этиологии. К.L. Kahlbaum создал классификацию психических болезней, основанную на

клинико-нозологическом принципе, в противовес господствовавшему ранее симптоматологическому. Он разделил обширную группу психотических расстройств в соответствии с типом течения на хронические прогрессирующие психозы, поражающие все сферы психической деятельности, проявляющиеся последовательно сменяющимися синдромами и приводящие к полному распаду личности (*vesania typica*), и психозы, развивающиеся остро и имеющие тяжелое течение, однако часто завершающиеся полным выздоровлением [49, с. 95].

Классификация К.L. Kahlbaum не получила широкого распространения, в отличие от дихотомического деления эндогенных психозов Е. Краепелин на шизофренические и аффективные, в зависимости от типа течения и прогноза. Однако, как отмечал сам Е. Краепелин, оставалась группа расстройств, при которых на основании описанных им критериев не удавалось провести достоверную дифференциацию между *dementia praecox* и

маниакально-депрессивным психозом, что свидетельствовало о наличии системы общих для этих состояний симптомов [49, с. 101].

Оппозиция дихотомической системе Е. Краепелин и учению о шизофрении Е. Bleuler в свете накопления клинических наблюдений острых «смешанных психозов» привела к возникновению разнородных диагностических концепций, включающих «бредовые вспышки» (*bouffée délirante*), циклоидные психозы, психогенные и шизофреноформные психозы, шизоаффективные психозы [47, с. 88].

Состояния, рассматриваемые в рамках этих диагностических категорий, не совпадают друг с другом полностью ни в этиологическом, ни в клиническом отношении, однако имеют ряд общих характеристик, а именно: острое или внезапное начало, тяжелая, но неустойчивая психотическая симптоматика с изменчивым полиморфным содержанием, наличие в клинической картине выраженного аффекта тревоги, страха, растерянности или значительный удельный вес аффективных нарушений, нередкое

возникновение психоза в связи с провоцирующим фактором, высокий уровень преморбидной адаптации, быстрое и полное выздоровление.

Вышеперечисленные концепции, лежащие у истоков клинического учения об острых и преходящих психотических расстройствах, не соответствуют современным представлениям о шизоаффективных расстройствах (ШАР), исторически также связанных со «смешанными психозами». Описание шизоаффективных психозов, представленное в работе S. Khanna, значительно отличается от диагностических критериев данной группы расстройств, представленных в действующих классификациях, но при этом во многом согласуется с концепцией «бредовых вспышек» и острых преходящих психотических расстройств [50, с. 307].

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

**ПИЩЕМ-ВКР-САМИ РФ**

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 замечает Л. Н.

Горобец, А. В. Литвинов, используют в качестве основного средства при лечении биполярных расстройств [33, с. 87]. 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. Нормотимики способствуют

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 психологические и психосоциальные аспекты болезни, которые могут быть как одной из причин, так и следствием заболевания. Кроме того, психиатрическое лечение не решает

психосоциальные проблемы, свойственные людям с психическими расстройствами, также как и любому человеку: в отношениях с близкими, на работе, не помогает разобраться в причинах своего самочувствия, преодолеть жизненный кризис и тд.

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).

Психотерапия. 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.

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 [16, с. 136].

Наиболее распространенным подходом и при этом научно обоснованным подходом в терапии психических расстройств считается когнитивно-поведенческая терапия. Он стал 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 депрессией управляют множеством 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. 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 [28,

с. 55].

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.

На наш взгляд, 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. Арт-терапия – один из самых мягких и в то же время глубоких методов в арсенале психологов и психотерапевтов. Арт-терапия не имеет ограничений и противопоказаний, всегда ресурсна и используется

практически во всех направлениях психотерапии, в педагогике, социальной работе и бизнесе.

А. К. Курьязов относит метод арт-терапии к наиболее древним и естественным формам коррекции эмоциональных состояний, которым многие люди пользуются самостоятельно – чтобы снять накопленное психическое напряжение, успокоиться, сосредоточиться [24, с. 195].

Любой человек способен выразить себя, свои чувства и свое состояние мелодией, звуком, движением, рисунком. Понятие арт-терапия ввел в употребление художник А. Хилл в 1938 году при описании своей работы с туберкулезными больными в санаториях. В начале своего развития арт-терапия отражала психоаналитические взгляды З. Фрейда и К. Юнга, по которым конечный продукт художественной деятельности клиента (рисунок, скульптура) выражает его неосознаваемые психические процессы. Обращение к психоаналитической теории, позволило зарубежным арт-терапевтам обосновать механизмы терапевтической экспрессии, а также роль

отношений клиента со специалистом [39, с. 57]. М. Эссекс, К. Фростиг и Д. Хертз отмечают, что терапия искусством является наиболее подходящим методом коррекции для работы с несовершеннолетними [48, с. 88]. Основы для создания первых техник арт-терапевтической работы с детьми на Западе были заложены такими авторами, как В. Ловенфельд и Е. Кейн. Эти авторы рассматривают творческую деятельность ребенка в неразрывной связи с развитием его познавательной и эмоциональной сфер и видят в ней богатый потенциал для гармонизации его психики [51, с. 54].

Отечественный опыт применения арт-терапии отражен в работах Г. А. Алешкиной, Л. М. Барденштейн, М. Е. Пугачева, А. С. Кононец. Так, Г. А. Алешкина рассматривает различные варианты использования арт-терапии педагогами. Она приводит включение элементов арттерапии в конкретный урок в качестве развивающего средства обучения [1, с. 54]. Работы М. Е. Пугачева посвящены некоторым вопросам использования арт-терапии в образовании. Она приводит широкий спектр показаний для проведения арт-терапевтической работы в системе образования. А. С. Кононец предложила программу развития творческой индивидуальности подростков средствами арттерапии в учреждениях дополнительного образования [1, с. 52].

Применение методов арт-терапии и артпедагогики в специальном образовании рассматривается в работах Е. А. Медведевой, И. Ю. Левченко, Л. Н. Комиссаровой и Т. А. Добровольской. Они попытались обобщить опыт применения искусства в качестве средства комплексного воспитательного, развивающего и коррекционного воздействия на детей с нарушениями в развитии.

Арт-терапия – (лат. *ars* – искусство, греч. *therapeia* – лечение) представляет собой метод психологической коррекции с помощью художественного творчества. Основные цели арт-терапии: выражение эмоций и чувств, связанных с переживаниями своих проблем; активный поиск новых форм взаимодействия с миром; подтверждение своей

индивидуальности, неповторимости и значимости; повышение адаптивности и гибкости в постоянно меняющемся мире.

Рассмотрим существующие формы арт-терапии:

- активная – клиент сам создает продукт творчества: рисунки, скульптуры, сказки и т.д.;
- пассивная – клиент использует художественные произведения, созданные другими людьми: рассматривает картины, читает книги, прослушивает музыкальные произведения;
- смешанная – клиент использует имеющиеся произведения искусств для создания своих продуктов творчества [10, с. 548].

Следует отметить, в каких областях арт-терапия применяется:

- при психологических травмах, потерях, посттравматическом стрессовом расстройстве, что является актуальным в послевоенное время;
- кризисных состояниях;
- в урегулировании личностных конфликтов, при развитии целостности личности;
- в работе с детьми и взрослыми с ОВЗ.

Спектр возможностей арт-терапии очень широк:

- направлена на решение психологических проблем;
- может принимать участие практически каждый человек, независимо от своего пола, возраста, социального статуса;
- помогает устанавливать отношения между людьми, т.к. с помощью искусства человек не только выражает себя, но и больше узнает о других;
- позволяет познавать себя и окружающий мир – в творчестве человек воплощает свои эмоции, чувства, надежды, страхи, сомнения и конфликты; все это происходит на бессознательном уровне, и человек узнает о себе много нового;
- развивает творческие возможности: во время занятий арт-терапией человек может открыть в себе неизвестные ранее таланты, реализовать свой

внутренний потенциал;

– является хорошим способом социальной адаптации: наибольшее значение это имеет для лиц с ОВЗ, т.к. чаще всего они дезадаптированы;

– в арт-терапии, в основном, используются средства невербального общения, это очень важно для людей, которым сложно выразить свои мысли в словах [17, с. 25].

Существует два основных подхода в арт-терапии:

1. Искусство обладает целительным действием само по себе, художественное творчество дает возможность выразить и заново пережить внутренние конфликты, оно является средством обогащения субъективного опыта, арт-терапия рассматривается как средство развития личности и ее творческого потенциала. Психолог стимулирует клиентов доверять своему собственному восприятию и исследовать свои творения как самостоятельно, так и с помощью других.

2. На первом месте – терапевтические цели, творческие цели вторичны. Арт-терапия служит дополнением к другим терапевтическим методам.

Выражая содержание собственного внутреннего мира в визуальной форме, человек постепенно движется к их осознанию. Психологом поощряются свободные ассоциации клиентов и их попытки самостоятельно обнаружить значение собственных работ. Арт-терапевты констатируют, что в процессе арт-терапии депрессивная личность воссоздаёт в творчестве то, что ей кажется разрушенным, шизоидная – ищет скрытый смысл в предметах, а не в отношениях с людьми [43, с. 186].

Основное средство самовыражения – изобразительная деятельность (рисунок, живопись). Используются разнообразные механизмы невербального самовыражения и визуальной коммуникации. Если говорить о вербальной, апперцептивной, то это более структурированная часть занятия. Она предполагает словесное обсуждение, а также интерпретацию нарисованных объектов и возникших ассоциаций [46, с. 256].

Используются механизмы вербального самовыражения и визуальной коммуникации. Многими учеными, выделяются следующие сферы анализа с точки зрения того, что имеет значение при анализе творчества:

- как человек себя выражает;
- что он выражает;
- в какой форме;
- как это воздействует на человека или группу.

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.

Метод арт-терапии позволяет каждому человеку творить свою жизнь в буквальном смысле слова: лепить счастье, рисовать печаль, писать о конфликте. Сам процесс арт-терапии приносит удовольствие, обучает клиента выражать свои переживания как можно более спонтанно и произвольно. Поэтому арт-терапия с успехом используется при работе с детьми, взрослыми, в индивидуальной и семейной терапии, при решении широкого спектра межличностных и внутриличностных проблем, а также вопросов, касающихся физического здоровья [3, с. 55].

Эффективность занятий напрямую зависит от профессионализма арт-терапевта. Он должен не только владеть техниками и приемами тех видов искусств, с которыми работает, но и иметь медицинское, психотерапевтическое или психологическое образование. Художник или танцор, не имеющий таких знаний, не может быть арт-терапевтом, так как он не знаком с причинами и механизмом развития тревожных состояний.

Немалое значение для результата использования данной техники имеет и творческая индивидуальность психотерапевта, его эрудиция, гибкость мышления, мобильность.

### Выводы по теоретической главе

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 тренинга лиц с различными физическими недостатками, эмоциональными и психическими расстройствами, а также представителей группы риска.

Арт-терапия используется как основной метод терапии, так и вспомогательный. Одним 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 экзистенциальным конфликтом [8, с. 87].

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.

По нашему мнению, 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 глубокий анализ проявленных травмирующих переживаний, требовать чёткого и логичного их осмысления. 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.

**ПИШЕМ-ВКР-САМИ.РФ**

## ГЛАВА II. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ АФФЕКТИВНЫХ И ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

### 2.1. Этапы, методы, методики исследования

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

**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.

**Гипотеза исследования:**

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

**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.

**Выборка испытуемых:** исследовании

1 – Первая группа 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, 10 человек – не проходили.

(F20 – F29 по МКБ -10) - шизофрения, шизоаффективное расстройство, психоз. 12 человек из этой группы прошли психокоррекционную программу с применением арт-техник, 10 человек – не проходили.

3 – Контрольная группа, состоящая из 20 человек.

Критериями включения в исследование были возраст 18–45 лет, подтвержденный психиатром диагноз; этап стабилизации состояния. Критерием невключения являлись обострение заболевания или злоупотребление психоактивными веществами.

В первой и второй группах преобладали мужчины — 75 и 64% соответственно. Возраст пациентов в первой группе составил  $30,12 \pm 8,75$ , во второй —  $28,13 \pm 2,36$ .

Возраст манифестации заболевания (первое обращение) составил в первой группе  $22,12 \pm 7,29$  года (Me 18; от 17 до 34 лет), во второй —  $23,38 \pm 1,59$  (Me 24; от 21 до 25 лет).

Длительность заболевания в первой группе  $4,20 \pm 1,64$  года (Me 4; от 3 до 7 лет), во второй —  $4,75 \pm 2,05$  года (Me 4; от 3 до 8 лет).

Количество обращений за психиатрической помощью в первой группе в среднем составило  $2,7 \pm 2,5$  (от 1 до 8), во второй —  $4,6 \pm 2,7$  (от 1 до 10).

Установлено, что 48% обследованных пациентов получали комбинированную терапию двумя антипсихотическими препаратами. 28,6% больных получали монотерапию атипичными и 23,8% — монотерапию традиционными антипсихотическими препаратами.

Преобладали пациенты со средним и средним специальным образованием: в первой группе 65 и 15%, во второй по 45,5% соответственно. Не работали и не учились в первой группе 65%, во второй — 50% пациентов.

В контрольную группу вошли 20 человек (70% мужчин) без

психических расстройств в возрасте от 20 до 45 лет (средний возраст  $28,9 \pm 9,72$  года). 65% лиц имели среднее специальное/незаконченное высшее и 35% — высшее образование.

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

Таблица 1

### Методы исследования когнитивных функций

Показатели	Методики
Внимание и работоспособность	Таблицы Шульте, среднее время выполнения, с
ТМТ-А, активность внимания	Тест слежения, часть А, время выполнения, с
ТМТ-В, переключаемость внимания	Тест слежения, часть В, время выполнения, с
Объем кратковременной вербальной памяти	Заучивание 10 слов, 1 предъявление
Долговременная память	Заучивание 10 слов, отсроченное воспроизведение
Рабочая память	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
Уровень самооценки	Методика Н.Г.Казанцевой

Количественные переменные описывались средним и стандартным отклонением ( $M \pm \sigma$ ). Категориальные переменные выражались абсолютными значениями и долями от целого —  $n$  (%). Для обработки

эмпирических данных использовались следующие статистические методы: для выявления связи двух переменных, представленных в номинативных шкалах, — коэффициент сопряженности, двух количественных переменных — коэффициент ранговой корреляции Спирмена; для сравнения независимых выборок — непараметрический критерий Манна–Уитни, критерий Краскела–Уоллеса. Значимыми считали статистические различия при  $p \leq 0,05$ . Данные были обработаны с применением программы Microsoft Office Excel 2007, пакета статистических программ SPSS Statistics 17.0 («Statistical Package for the Social Sciences», версия 17.0).

Дополнительно использовались следующие методики:

- Тест определения самооценки (методика Будасси);

Самооценка — оценка человеком самого себя, своих возможностей, качеств и места среди других людей. Являясь свойством, которое во многом образует личность, самооценка является важным регулятором поведения человека. От самооценки зависит взаимоотношение человека с окружающими, его критичность, требовательность к себе, отношение к успехам и неудачам. Тем самым самооценка влияет на эффективность деятельности человека и дальнейшее развитие его личности.

Метод Будасси основан на представлении о том, что статистической нормой является закономерное несовпадение реальной и идеальной я-концепции. В психологии принято выделять две формы я-концепции — реальную и идеальную. Понятие «реальная» — это представление личности о себе, о том, какой я есть. Идеальная же я-концепция (идеальное «Я») — это представление личности о себе в соответствии с желаниями («каким бы я хотел быть»). Рассогласование между реальным и идеальным Я может быть источником как серьезных внутриличностных конфликтов, так и саморазвития личности - многое определяется мерой этого рассогласования, а также его внутриличностной интерпретацией.

- Краткий ориентировочный тест (КОТ) (В.Н.Бузина,

Э.Ф.Вандерлика) - проводился в паре: испытуемый - экспериментатор. Экспериментатор дает вариант и инструкцию теста. После знакомства с образцами выполнения заданий и чтения инструкции экспериментатор дает сигнал к выполнению теста и засекает время. По истечении 15 мин от начала тестирования экспериментатор дает команду для прекращения выполнения теста.

Цель обработки результатов – определение интегрального показателя общих умственных способностей (Ип). Его подсчитывают по количеству правильно решенных задач. Верные ответы представлены в таблице.

Для подведения итогов тестирования на уровень общих способностей полученный результат сравнивают со шкалой уровней общих умственных способностей.

Тест зрительной и слуховой памяти. Методика приводится нами в описании R. МеШ и состоит из двух этапов.

Первый этап заключается в исследовании зрительной памяти с помощью двух серий картинок. Каждая серия — 20 картинок, на которых изображены определенные предметы. Картинки предъявляются с интервалом в 2 с одна за другой. Лучше всего соединить их двумя скрепками по образцу перекидного календаря.

Аналогичным образом проводят исследование слуховой памяти с помощью специально подготовленных двух серий слов, также произносимых с интервалом в 2 с.

Полученные результаты могут быть подвергнуты количественному измерению в процентах. Так, успешность выполнения задания взрослыми приравнивается к 100 % при воспроизведении 18—20 зрительных образов и 20—22 слов, к 80%— 15—16 образов или слов, к 60%—14 образов и 13—14 слов, к 40%— 12—13 образов и 13 слов, к 20%— 11—12 образов и 9—11 слов.

- Тест Лурия « 10 слов» - это одна из наиболее часто применяющихся

методик , которая используется для оценки состояния памяти, утомляемости, активности внимания.

Никакого специального оборудования не требуется. Однако, необходима тишина: при наличии каких-либо разговоров в комнате опыт проводить нецелесообразно. Перед началом опыта экспериментатор должен записать в одну строчку ряд коротких (односложных и двусложных) слов. Слова нужно подобрать простые, разнообразные и не имеющие между собой никакой связи.

В данном эксперименте необходима очень большая точность произнесения и неизменность инструкции.

Цель: оценка состояния памяти; оценка утомляемости; оценка активности внимания.

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 проранжированы. Такими рядами значений могут быть:

- 1) два признака, измеренные в одной и той же группе испытуемых;
- 2) две индивидуальные иерархии признаков, выявленные у двух испытуемых по одному и тому же набору признаков (например, личностные профили по 16-факторному опроснику Р. Б. Кеттелла, иерархии ценностей по методике Р. Рокича, последовательности предпочтений в выборе из нескольких альтернатив и др.);
- 3) две групповые иерархии признаков;
- 4) индивидуальная и групповая иерархии признаков.

Вначале показатели ранжируются отдельно по каждому из признаков.

Как правило, меньшему значению признака начисляется меньший ранг.

Ограничения коэффициента ранговой корреляции:

1) по каждой переменной должно быть представлено не менее 5 наблюдений;

2) коэффициент ранговой корреляции Спирмена при большом количестве одинаковых рангов по одной или обоим сопоставляемым переменным дает огрубленные значения. В идеале оба коррелируемых ряда должны представлять собой две последовательности несовпадающих значений.

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

Анализ результатов исследований на формирующем этапе исследования, 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 (по критерию Манна–Уитни)

Показатели	«AP1», n=10	«AP2», n=10	«ПР», n=10	«ПР», n=12	КГ
Внимание и работоспособность	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	10,90±13,9	11,25±12,6 3	68,03±10,03

## Продолжение таблицы 2

Показатели	«AP1», n=10	«AP2», n=10	«ПР», n=10	«ПР», n=12	КГ
Объем кратковременной вербальной памяти	6,01±0,91	6,54±1,03	5,52±0,72	6,03±2,85	7,81±0,15
Долговременная память	8,03±0,67	7,13±1,25	6,21±0,47	5,96±2,13	9,68±0,32
Рабочая память	17,29±3,17	18,36±2,98	16,7±2,13	16,9±2,885	21,13±1,78
Зрительно-конструктивные способности, балл	43,87±8,33	42,63±7,65	42,87±6,72	41,26±5,87	46,17±9,4
Кратковременная зрительно-моторная память, балл/	33,75±7,18	31,52±9,18	31,75±4,19	32,63±5,96	47,51±5,23
Долговременная зрительно-моторная память, балл	32,15±5,5	33,54±5,8	29,82±4,6	26,93±6,87	36,82±3,5
Скорость обработки информации, балл	9,53±2,23	10,57±2,87	8,63±1,91	9,56±2,56	11,52±5,96

*\*Примечание: «AP1» n=10 - «Аффективное расстройство», первая группа из 10 испытуемых; «AP2» n=10 - «Аффективное расстройство», вторая группа из 10 испытуемых; «ПР» n=10 - «Психотическое расстройство», группа из 10 испытуемых; «ПР» n=12 - «Психотическое расстройство», группа из 12 испытуемых; - КГ - Контрольная группа.*

Показатели работоспособности методики «Таблицы Шульте» и

активности внимания теста «ТМТ-А» у пациентов с психическим расстройством и контрольной группы значимо не различались ( $p = 0,281$  и  $p = 0,164$  соответственно), при этом второй показатель оказался ниже нормативного значения у 40,0% больных. По результатам теста «ТМТ-В» выявлено значимое снижение показателя переключаемости внимания у пациентов с психическим расстройством по сравнению с контрольной группой ( $p = 0,015$ ), при этом у 60,0% пациентов показатель был ниже нормативного. Пациенты с психическим расстройством значимо отличались от контрольной группы по показателю рабочей памяти ВАСС ( $p = 0,028$ ), снижение которого выявлено у 60,0% больных. Зрительно-моторная координация в процессе формирования нового навыка по результатам методики Векслера «Шифровка» осуществлялась со снижением продуктивности ( $p = 0,021$ ), этот показатель был ниже нормативного у 60% пациентов с аффективным расстройством.

Установлено значимое снижение по сравнению с контрольной группой показателя объема вербальной кратковременной памяти ( $p = 0,028$ ) и

эффективности долговременного запоминания ( $p = 0,036$ ), при этом первый показатель снижен у 45% больных, второй — у 55%. Баллы при копировании фигуры Рея–Остеррица у пациентов с психическим расстройством и контрольной группы значимо не различались ( $p = 0,261$ ), у 35% больных результат был ниже нормативного.

При этом выявлено значимое снижение баллов по сравнению с контрольной группой при непосредственном ( $p = 0,017$ ) и отсроченном воспроизведении ( $p = 0,013$ ), первый показатель ниже нормативного у 65% пациентов, второй — у 75%.

Следует отметить, что у 10% больных с психическим расстройством выявлено снижение только показателя переключаемости внимания теста «ТМТ-В», у 5% пациентов с психическим расстройством все когнитивные показатели находились в пределах нормы. Больные из первой группы и

контрольная группа значимо не различались по показателю работоспособности из методики «Таблицы Шульте» ( $p = 0,099$ ). Установлено значимое снижение показателей активности внимания в тесте «ТМТ-А» и переключаемости внимания в тесте «ТМТ-В» у пациентов первой группы по сравнению с контрольной группой ( $p = 0,021$  и  $p = 0,012$  соответственно), при этом первый показатель ниже нормативного значения у 63,6% больных, второй — у 77,3%.

Пациенты с психическим расстройством значимо отличались от контрольной группы по показателю рабочей памяти ВАСС ( $p = 0,017$ ), снижение выявлено у 81,8% больных. Зрительно-моторная координация в процессе формирования нового навыка по результатам методики Векслера «Шифровка» осуществлялась со снижением продуктивности ( $p = 0,017$ ), у 90,9% больных показатель ниже нормативного. У пациентов первой группы по сравнению с контрольной группой выявлено также значимое снижение объема вербальной кратковременной памяти ( $p = 0,032$ ) и эффективности долготермического запоминания ( $p = 0,019$ ), при этом первый показатель ниже нормативного значения у 72,7%, второй у 77,3% больных.

При этом выявлено значимое снижение баллов по сравнению с контрольной группой при непосредственном ( $p = 0,014$ ) и отсроченном воспроизведении ( $p = 0,010$ ), первый показатель ниже нормативного у 77,3% пациентов, второй — у 86,4%.

На рисунке 1 показана кривая утомляемости, отражающая устойчивость внимания и работоспособность у пациентов с аффективными и психотическими расстройствами.

Время выполнения каждой таблицы в группах сравнения находилось в пределах нормативных значений (менее 50 с). Выявлена меньшая устойчивость внимания у больных 2 группы с психотическим расстройством по сравнению с пациентами 1 группы с аффективным расстройством («Таблицы Шульте», скорость выполнения 5-й таблицы значимо ниже,  $p =$

0,026).

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

В то же время показатель активности внимания (темпа простых сенсомоторных реакций) «ТМТ-А» у больных 2 группы с психотическим расстройством значимо ниже, чем у пациентов 1 группы с аффективным расстройством ( $p = 034$ ) (см. таблицу 3).

*Таблица 3*

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

Показатели	«АР1», n=20	«ПР», n=22	Значимость различий	АР1, ниже норматив ного	ПР, у ниже норматив ного
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%

Продолжение таблицы 3

Показатели	«АР1», n=20	«ПР», n=22	Значимость различий	АР1, ниже норматив ного	ПР, у ниже норматив ного
ТМТ-В, переключаем ость внимания	0,71±14,9	109,73± 13,9	0,019	60%	77,3%
Объем кратковреме нной вербальной памяти	6,01±0,91	5,5±0,72	0,467	45%	72,7%
Долговремен ная 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- конструктив ные способности, балл	43,87± 8,33	42,87±6,72	0,181	35%	40,9%
Кратковреме нная зрительно- моторная память, балл/	33,75± 7,18	31,75±4,19	0,241	65%	77,3%
Долговремен ная 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%

По результатам теста «ТМТ-В» у больных 2 группы с психотическими расстройствами выявлено более выраженное снижение продуктивности

психической деятельности по сравнению с пациентами с 1 группы с аффективными расстройствами. Показатели рабочей памяти ВАСС и скорости обработки информации по результатам методики Векслера «Шифровка» снижены как у пациентов с 1 группы с аффективным расстройством, так и у больных 2 группы с психотическими расстройствами без значимых различий ( $p = 0,566$  и  $p = 0,184$  соответственно).

Показатели вербальной кратковременной и долговременной памяти снижены в обеих группах сравнения, при этом эффективность долговременного запоминания у пациентов с аффективным расстройством значимо лучше ( $p = 0,031$ ). Баллы при копировании фигуры Рея–Остеррица у больных обеих групп значимо не отличались от контрольной группы, но при непосредственном и отсроченном воспроизведении значимо ниже по сравнению с контрольной группой. При этом пациенты с аффективным расстройством имели значимо более высокий балл при отсроченном воспроизведении по сравнению с больными с психотическими расстройствами ( $p = 0,016$ ).

Для диагностики общей самооценки респондентов была использована методика диагностики самооценки Л.И. Казанцевой.

Результаты представлены на рисунке 2.

**Рис. 2. Уровень самооценки по методике диагностики общей самооценки Л.И. Казанцевой**

В группе респондентов, которые имеют аффективные и психотические расстройства, у половины опрошенных выявлена заниженная самооценка, характеризующаяся неадекватной оценкой 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 личности 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 этой же группе 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 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 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.

### **Рис. 3. Выраженность КОТ (познавательных процессов) у респондентов**

Из рисунка 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. 4. Выраженность слуховой памяти у респондентов**

Как видно из представленного рисунка, в группах исследования выявлены различия в уровне сформированности слуховой памяти. У второй выборки 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 и средний ( у 30%) уровень слуховой памяти.

### **Рис. 5. Выраженность внимания у респондентов**

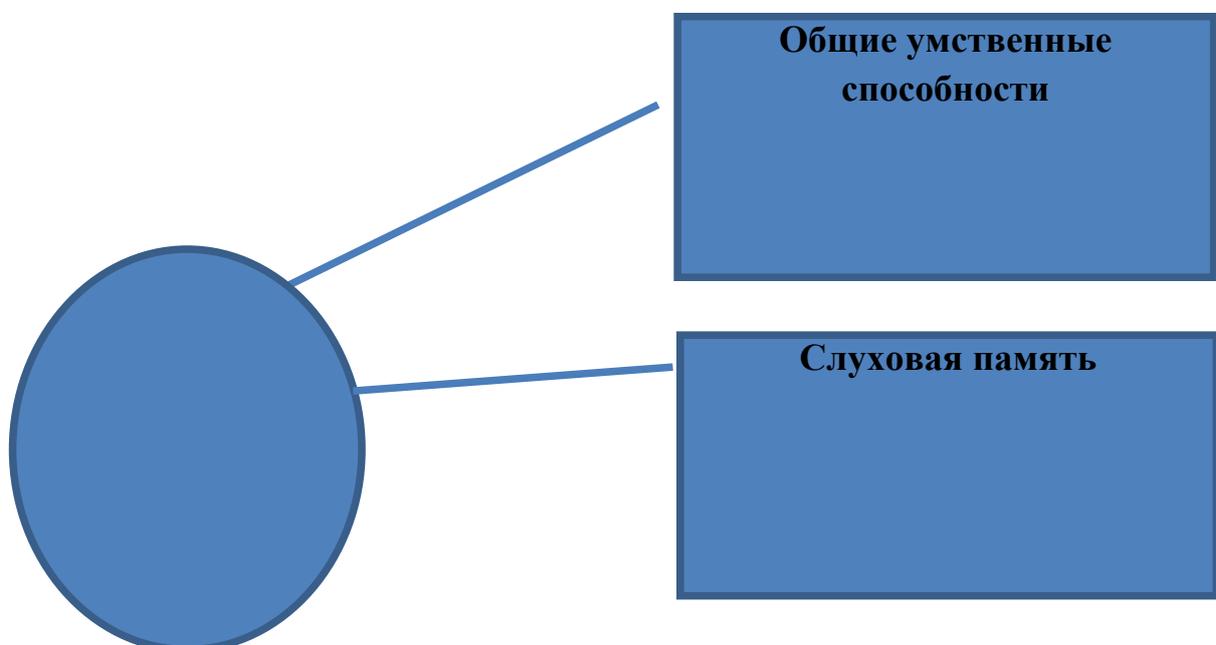
Как видно из представленного рисунка, исследования в группе лиц, не

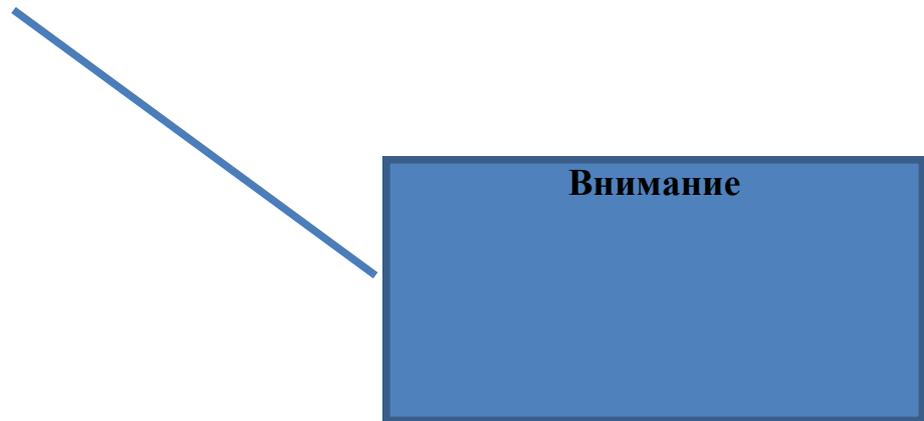
имеющих никаких расстройств, более выражены высокие показатели внимания, причем следует заметить, что в группе кривая устойчивости внимания в виде прямой, во второй – зигзагообразная. Это указывает на неустойчивость и переменный характер памяти или отсутствия сосредоточенности или нежелания сосредоточиться.

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.

Докажем гипотезу при помощи расчетов с применением критерия ранговой корреляции Спирмена. (расчеты см. в приложении 1). Следующим этапом нашей работы было проведение корреляционного анализа для выявления взаимосвязи между уровнем самооценки и особенностями когнитивных проявлений. Для этого мы провели корреляционный анализ данных с помощью критерия ранговой корреляции Спирмена (математическая обработка результатов проводилась с помощью компьютерной программы MS Excel).

Представим полученные данные взаимосвязи показателей в виде корреляционной плеяды и проанализируем выявленные статистически достоверные связи.





**Рис. 6. Корреляционная плеяда выраженности взаимосвязи между сформированности психической структуры личности (я- реальное-я-идеальное) и когнитивных функций у лиц, имеющих расстройства**

Обнаружена сильная положительная корреляционная связь между низкими показателями самооценки и выраженностью общего уровня умственных способностей  $r_s = 0,57$ , 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  $r_s = 0,756$ , 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 ( $p=0.05$ )

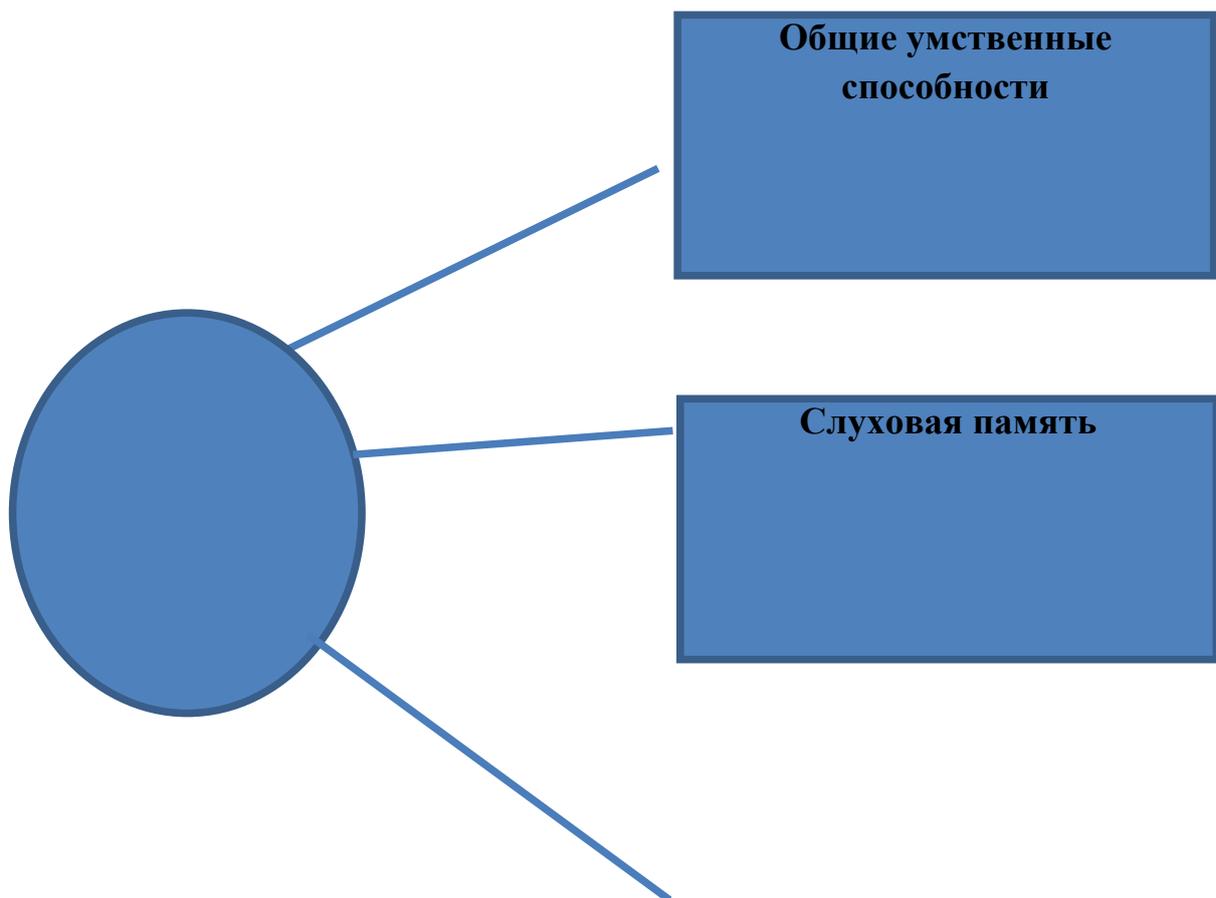
до 0,4 ( $p=0.01$ ) поэтому  $H_0$  отвергается, корреляция между А и В статистически значима: то есть чем меньше у респондентов выражена взаимосвязь и взаимозависимость в сформированности «я-реального» и «я-идеального», тем ниже проявляется у них внимание.

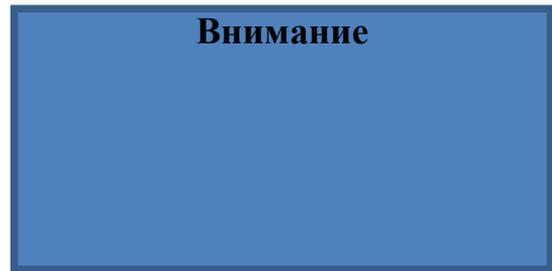
Таким образом, между сформированностью самооценки респондентов (Я-образы: идеальные и реальные) и выраженностью когнитивных функций существует статистически достоверная корреляционная связь: чем ниже показатель самооценки, тем ниже когнитивные функции у лиц, имеющих аффективные и психотические расстройства.

Рассмотрим, какие выявлены результаты во второй выборке респондентов:

Представим полученные данные взаимосвязи показателей в виде корреляционной плеяды и проанализируем выявленные статистически достоверные связи.

# ПИШЕМ-ВКР-САМИ.РФ





**Рис. 7. Выраженность взаимосвязи между сформированности психической структуры личности (я- реальное-я-идеальное) и когнитивных функций у лиц, не имеющих 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

По результатам теста «ТМТ-В» у больных психотическими расстройствами выявлено более выраженное снижение продуктивности психической деятельности по сравнению с пациентами с аффективными расстройствами.

Показатели рабочей памяти (РАС) и скорости обработки информации по результатам методики Векслера «Шифровка» снижены как у пациентов с аффективным расстройством, так и у больных с психотическими расстройствами без значимых различий ( $p = 0,566$  и  $p = 0,184$  соответственно).

Показатели вербальной кратковременной и долговременной памяти снижены в обеих группах сравнения, при этом эффективность долговременного запоминания у пациентов с аффективным расстройством значимо лучше ( $p = 0,031$ ). Баллы при копировании фигуры Рея–Остеррица у больных обеих групп значимо не отличались от контрольной группы, но при непосредственном и отсроченном воспроизведении значимо ниже по сравнению с контрольной группой. При этом пациенты с аффективным расстройством имели значимо более высокий балл при отсроченном воспроизведении по сравнению с больными с психотическими расстройствами ( $p = 0,016$ ).

**ПИШЕМ-ВКР-САМИ.РФ**

## ГЛАВА III. ПРОГРАММА ПРИМЕНЕНИЯ АРТ-ТЕХНИК В РАБОТЕ С ЛЮДЬМИ С АФФЕКТИВНЫМИ И ПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

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

Разработанная нами программа применения арт-техник (или программа арт-терапии) проходит по следующим направлениям:

1. Работа с мотивационной сферой: формирование мотивации психологической работы над собой в направлении конструктивных изменений себя с целью личностного развития и преодоления нарушений в личностном развитии.

2. Работа с эмоционально-волевой сферой:

- формирование навыков самонаблюдения своего физического и психоэмоционального состояния, расслабление и снятие психики и логического стресса;

- развитие самоконтроля эмоций и поведения (формирование навыков самоорганизации и порядок ее расположения в жизни);

- повышение общего фона настроения (путем косвенного влияния на познавательную и эмоциональную сферы);

- включение личности в непривычную для нее общественно полезную трудовую деятельность;

- формирование толерантности к фрустрации преодолению подсознательной агрессии, коррекция подавленных психотравмирующих эмоций с учетом принципов этики и морали.

3. Коммуникативная работа с эмоциональной сферой личности:

- формирование конструктивных навыков общения;

- гармонизация общения, потребностей и навыков личности в конструктивном духе общения;

- формирование способности индивида к позитивному восприятию

окружающих;

- развитие эмпатии и способности находить компромиссы в отношениях с другими людьми, семьей, психокоррекция при семейных эмоциональных нарушениях (гармонизация семейных отношений)

#### 4. Непосредственная работа с эмоциональной сферой респондентов:

- развитие самосознания;
- формирование адекватной самооценки и реалистического восприятия;
- осознание психотравмирующих ситуаций воспоминаний;
- конструктивное завершение психотравмирующих ситуаций гештальтов;
- когнитивная обработка опыта психотравмирующего обстоятельства;
- собственные схожие действия (психотравмирующие ситуации) и ситуации будущего проявления, осознание иррационального восприятия и замена его рациональными;

осознания стереотипов восприятия, реакции поведения и поведения; изменение их восприятия.

#### 5. Работа с нравственной сферой личности:

- формирование локуса внутреннего контроля;
- преодоление чувства обиды на близких;
- формирование морального самосознания как фактора моральной саморегуляции поведения;
- формирование нравственных отношений человека к окружающим и к действительности в целом;
- формирование способности к самосознанию;

#### 6. Работа с областью ценности и смысла:

- осознание и перестройка собственной системы ценностей с учетом новых условий жизни;
- сознательное усвоение системы высших ценностей, которые придают смысл человеческому существованию даже в самых сложных условиях

жизни.

В каждом из этих направлений должен быть подготовлен определенный инструментарий психокоррекции, учитывающий как мировоззренческие позиции консультанта, так и психологические особенности клиентов с психическими расстройствами и их патологические изменения личности. Учитывая изменчивость содержания психокоррекции, которая обусловлена индивидуальными особенностями личности, на которую она направлена, следует подчеркнуть, что любая психокоррекционная работа должна иметь определенную структуру.

Различают три обязательных этапа консультационного процесса, а именно: подготовительная фаза, непосредственно психокоррекция и фаза отражения положительных изменений

Целями подготовительного этапа являются: установление доверительных отношений между психологом и клиентом; успокоение

клиента, выяснение его психологических проблем

Этап психокоррекции состоит из трех блоков:

- 1) диагностика особенностей личности; проявление факторов риска; формирование общей программы психокоррекции.
- 2) формирование мотивации работы клиента над собой; снятие тревоги; повышение уверенности в себе.
- 3) коррекционный блок-цель гармонизации и оптимизации развития ресурсов личности:
  - формирование навыков саморегуляции, самопознания (с помощью психолога);
  - развитие самосознания (осознание клиентом личных проблем и зон психологического дискомфорта) коррекция характерологических черт и структуры личности в целом, которые сформировались под влиянием условий профессиональной деятельности;
  - развитие стрессоустойчивости и напряженности;

- снижение утомляемости и т.д.

На заключительном (рефлексивном) этапе психокоррекционной работы происходит отражение положительных изменений личности; закрепление приобретенных психологических навыков; развитие антисептических способностей личности (прогностических способностей).

Для достижения указанных целей, на консультациях целесообразно применять направления психологического воздействия: аутогенная тренировка (развитие способностей к расслаблению и компенсирующих механизмов личности); психокоррекция, основной целью которой является создание новых условий для адаптивного формирования поведения или адаптационного поведения, ставшего неадаптивными.

Индивидуальными поведенческими целями являются: формирование новых социальных навыков, овладение психологическими средствами саморегуляции и преодоления вредных привычек, снятие стресса и избавление от эмоциональных травм; когнитивная психокоррекция, направленная на создание конструктивных изменений в самосознании в направлении повышения объективности и реализма восприятия.

В своей научно-исследовательской и практической деятельности мы опираемся на Клиническую системную модель арт-терапии, разработанную и сформулированную доктором медицинских наук А. И. Копытиным. Согласно этой модели, арт-терапия характеризуется как «система психологических и психофизических лечебно-коррекционных воздействий, основанных на занятиях клиентов/ пациентов изобразительной деятельностью, построении и развитии терапевтических отношений».

Может применяться с целью лечения и предупреждения различных болезней, коррекции нарушенного поведения и психосоциальной дезадаптации, реабилитации лиц с психическими и физическими заболеваниями и психосоциальными ограничениями, для достижения более высокого качества жизни и развития человеческого потенциала. Арт-терапия

является инструментом психологической помощи, способствующей осознанию и выражению своих эмоций, чувств, мыслей, осознанию и решению внутренних и межличностных конфликтов, реализации творческого потенциала, снятию напряжения.

Основная цель программ арт-терапевтического сопровождения реабилитационного процесса людей с психическими расстройствами — гармонизация личности, коррекция неудовлетворительного психоэмоционального состояния, индивидуально-психических свойств личности пациентов, профилактика психогенных (аффективных, психосоматических) расстройств и заболеваний, купирование болезненных и неприятных клинических проявлений.

Программа проводится в рамках групп поддержки для людей с психическими расстройствами, организованными благотворительным фондом. Программа в целом и каждое арт-терапевтическое занятие построены на творческой экспрессии участников (использовании различных арт-терапевтических методик, 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.

Основные этапы реализации:

I этап. Введение. Введение участников в арт-терапевтическую программу. Основная задача данного этапа — плавное введение участников в групповое арт-терапевтическое взаимодействие, установление контакта, доверительной атмосферы. Как правило, на этом этапе участникам предлагаются небольшие творческие работы, связанные с самопрезентацией, групповая творческая работа или работа в парах, нацеленные на знакомство и установление контактов, снятие напряжения.

II этап. Основной этап. Происходит дальнейшая адаптация участников

к группе, продолжается формирование доверительных отношений и групповой сплоченности, производится симптоматическая стабилизация, определение мишеней арт-терапевтического воздействия, исследование фактов возникновения и развития болезненных состояний, оценка системы отношений пациентов (к себе, к прошлому, настоящему, будущему, к заболеванию, к семье, к социальным ролям и т.п.)

На данном этапе, как правило, происходит глубокое самораскрытие участников программы, вскрытие, осознание и проработка проблемных, конфликтных аспектов личности, нахождение «вторичных выгод», которые человек может неосознанно получать от своего заболевания, нахождение альтернативных способов (помимо бессознательного ухода в болезнь) достижения желаемого. Поиск и нахождение новых внутренних ресурсов, неожиданные открытия о себе. Происходит реконструкция системы отношений, взглядов и стереотипов участников занятий.

III этап. Завершающий этап участниками программы звучиваются лучшие инсайты, основные выводы из полученного опыта. Производится закрепление достигнутых изменений, для укрепления положительных результатов — планирование дальнейших действий за пределами арт-терапевтической группы, «в реальной жизни». Выражение чувств, благодарности друг другу. Ритуал прощания. Окончание работы арт-терапевтической группы.

Подводятся итоги участия в программе, заполняются необходимые опросники и анкеты обратной связи. Осуществляется «мягкий выход» из программы. Благодаря такой структуре организации арт-терапевтического процесса пациенты постепенно и активно вовлекаются в арт-терапевтическую работу, отмечая при этом характерное для групповых сессий сочетание творческой атмосферы, атмосферы принятия и безоценочности с возможностью достижения важных и серьезных выводов относительно различных аспектов собственной личности.

Уделяется особое внимание «экологичному» мягкому входу в программу и выходу из нее, раскрытию творческого потенциала личности, принятию многогранности своего «Я», нахождению новых смыслов личной и профессиональной деятельности, обучению навыкам саморегуляции, навыкам асертивного поведения. Вся программа построена на творческой активности пациентов, в нее включены, например, такие творческие задания, как: «метафорический автопортрет», «ковёр ресурсов» «мое прошлое, настоящее и будущее», «автопортрет-шарж», «семья в образе цветов», «художники-передвижники», «совместное рисование», «каракули», «прогулка с фотоаппаратом», «рисование жидкой глиной», «обитель ресурсов» и т.п. Программа адаптируется в соответствии с диагностикой пациентов, длительностью их участия в групповой работе, в соответствии с составом участников и с учетом их индивидуальных запросов.

На сегодняшний день продолжается активная работа в группах поддержки пациентов. Формируются мультидисциплинарные команды специалистов, что обеспечивает междисциплинарный диалог, арт-терапевт находится в постоянном диалоге с клиническими психологами, психиатрами, а это позволяет арт-терапевту более точно проводить адаптации программ арт-терапевтического сопровождения.

Арт-терапия является одним из наиболее эффективных и экологичных направлений психологической и психотерапевтической помощи, которое играет важную роль в реализации задач комплексной современной психосоциальной реабилитации. Дает возможность пациенту улучшить свое психоэмоциональное состояние, получить доступ к личностным ресурсам, помогает поверить в свои силы, а также установить и осознать скрытые для самого человека связи между его эмоциональными конфликтами и возникновением соматических симптомов.

Следует отметить, что универсальных способов коррекции отрицательных эмоциональных и аффективных состояний не существует. В

связи с этим, в процессе разработки программы, с учетом результатов, полученных в ходе исследования, мы сделали акцент на методах арт-терапии хорошо себя зарекомендовавших у пациентов, испытывающих трудности с межличностным общением и социальной адаптивностью, при разрешении внутригрупповых и внутрисемейных конфликтов отрицательных эмоциональных состояниях.

В ходе разработки психокоррекционной программы одним из основополагающих, был принцип единства диагностики и коррекции.

Психокоррекционная работа с лицами, имеющими психические расстройства, осуществлялась на основе проведенной патопсихологической диагностики. Кроме того мы придерживались принципа системности терапевтических, коррекционных, профилактических и развивающих задач.

Системность задач отражает взаимосвязанность развития различных сторон личности испытуемого. А так же принципа комплексности методов психологического воздействия (использование всего многообразия методов, техник и приемов из арсенала практической психологии). С учетом изложенного выше, была сформирована структура психокоррекционной программы эмоционального состояния лиц с аффективными и психотическими расстройствами, состоящая из 3 блоков (установочный, коррекционный, контрольный). Каждый из блоков выполняет определенные задачи в рамках психокоррекции, при помощи различных методов и приемов (см. таблицу 4).

*Таблица 4*

**Структура психокоррекционной программы эмоционального состояния лиц с аффективными и психотическими расстройствами в процессе реабилитации методами арт-терапии**

Блок	Задачи	Методы и приемы коррекции эмоциональной сферы
Установочный (1 занятие)	- установка дружеской атмосферы внутри групп; - побуждение к	- элементы изотерапии: - рисование мандалы

	сотрудничеству психологом;	с	
--	-------------------------------	---	--

ПИШЕМ-ВКР-САМИ.РФ

Продолжение таблицы 4

Блок	Задачи	Методы и приемы коррекции эмоциональной сферы
	- формирование внутренней мотивации на прохождение коррекционной работы	
Коррекционный (10 занятий)	- восстановление эмоциональной адекватности; - развитие способности дифференцировать положительные и отрицательные эмоции; - снижение эмоционального напряжения; - коррекция уровня тревожности; - повышение мотивации на прохождение реабилитационного процесса.	- изотерапия ( «образ моего я», «образ тела», «внутренний ребенок», «работа со страхом», «я и другие»); - маскотерапия («маска обиды», «маска вины», «маска стыда»); - драмотерапия («сценка об обиде»); - коллаж («семья это»).
Контрольный (1 занятие)	Выявление изменений в эмоциональном состоянии испытуемых.	Завершение динамики группового процесса, коллаж на тему «образ мира», повторное диагностическое исследование.

Использовались следующие формы проведения занятий: лекция с элементами беседы, включающая в себя небольшой объем теоретического материала; интерактивные беседы; медитация; арт-терапия.

Элементы арт-терапии (изотерапия, маскотерапия, коллаж, драмотерапия) способствуют высвобождению во вне внутриличностного конфликта; дают возможность осознать вытесненные чувства и внутренние переживания и развивают навык их дифференцирования; повышают самооценку; дают возможность освободиться от ненужного и изменить свою

жизнь; снимают эмоциональное напряжение; помогают в безопасной обстановке прожить вытесненные эмоции, освободиться от психологических и телесных зажимов, прожить через игру несбывшиеся ожидания.

В качестве примера приводим план и этапы одного из занятий программы по теме «Чувство вины» (продолжительность – 3 часа).

1. Приветствие участников занятия (20 минут). Участники по кругу приветствуют членов группы и делятся своим актуальным внутренним состоянием.

2. Игра «Пять минут демократии» (20 минут).

Цель: Установление неформальной обстановки, мотивация на активную работу в группе. Повышение навыка коммуникабельности. Отслеживание групповой динамики. Участникам предлагается вспомнить, как прошло упражнение на прошлой неделе и как они планировали проявить себя в этом упражнении сегодня. После чего участникам напоминают, что в течение пяти минут каждый может говорить на любую интересующую его тему, либо слушать других участников. Весь процесс в течение этого упражнения регулирует сама группа. Рефлексия. Участникам предлагается ответить на вопросы: чем отличалось ваше поведение сегодня от поведения на прошлом занятии? Как вы хотели бы проявить себя во время этого упражнения на следующем занятии?

3. Обсуждение прошлого занятия (10 минут).

Цель: Рефлексия внутреннего состояния, ответы на возникшие вопросы. Участники делятся своим состоянием, мыслями и инсайтами, возникавшими после прошлых занятий.

4. Интерактивная беседа на тему «Что такое вина и как она проявляется в моей жизни» (20 минут). Цель: Обучение навыку определения и проживания собственных эмоций, повышение психологической грамотности, улучшение коммуникативных навыков.

5. Упражнение «Работа с виной» (30 минут).

Цель: Самопознание, улучшение эмоционального состояния, формирование навыка контроля над собственными эмоциями. Участникам предлагается написать на листе бумаги список из 5-10 ситуаций, за которые они чувствуют вину. Далее психолог просит выбрать каждого участника по одной ситуации из списка, с которой он готов работать в группе. Выбранные ситуации прорабатываются методом когнитивной терапии. Остальные участники группы задают возникающие вопросы и делятся своими откликами. Рефлексия: Участники рассказывают свои впечатления о проделанной работе.

#### 6. Упражнение «Маска Вины» (50 минут).

Цель: Проработка чувства вины участников, выявления собственных механизмов возникновения чувства вины и его отреагирования. Участникам предлагается сесть в круг с закрытыми глазами и сконцентрироваться на своем внутреннем состоянии. После чего психолог просит представить внутренним образом чувства вины в виде маски. Далее участники и получают маску своего чувства вины и дают им название.

Психолог предлагает написать краткий рассказ о проявлении своего чувства вины. Участники, надев на себя маски, презентуют свои работы от имени маски, остальные задают возникающие вопросы и делятся своими откликами. Во второй части упражнения участникам предлагают, надев маски встать и сконцентрироваться на своем внутреннем состоянии и телесных ощущениях. Через несколько минут участникам предлагается начать спонтанное движение, которое соответствует их внутреннему состоянию. В конце упражнения участники делятся своими переживаниями, эмоциональным и физическим состоянием. Участникам предлагается выбрать, что они хотят сделать со своими масками.

Рефлексия: Психолог задает участникам вопрос о том, как они могли бы описать свой механизм возникновения и проявления чувства вины и как они хотели бы его изменить.

### 7. Медитация «Внутреннее расслабление» (20 минут).

Цель: нормализация эмоционального состояния, снижение тревожности. Участники садятся в удобное положение с закрытыми глазами и под руководством психолога погружаются в направленную медитацию. Рефлексия: Участники кратко делятся образами, пришедшими во время медитации.

8. Завершающий круг (10 минут). Участники по кругу делятся своим впечатлением о занятии. Рассказывают, в каком состоянии они завершают занятие и чего ожидают от следующей встречи. Для определения степени эффективности психокоррекционной программы эмоционального состояния лиц с аффективными и психотическими расстройствами в процессе реабилитации методами арт-терапии, нами организовано и проводится в настоящее время повторное исследование с использованием тех же методик с участием контрольной группы.

На основании полученных данных и с учетом промежуточных результатов исследования мы предполагаем, что разработанная нами психокоррекционная программа для групп поддержки людей с психическими расстройствами может быть использована психологами в работе с лицами, страдающими аффективными и психотическими расстройствами, для коррекции их эмоционального состояния.

### **3.2. Анализ результатов исследований на контрольном этапе исследования**

Первая группа с аффективными расстройствами из 10 человек, вторая группа с психотическими расстройствами из 12 человек прошли программу психотерапии, представленную в данной работе. Остальные респонденты не проходили психотерапию, исходя из чего проводится сравнение показателей.

Результаты сравнения показателей представлены в таблице 5.

Таблица 5

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

Показатели	«AP1», n=10	«AP2», n=10	«ПР», n=10	«ПР», n=12	КГ
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, переключаемость 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	44,67±8,92	42,26±4,07	47,17±8,4
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

Отмечено, что пациенты, не участвующие в программе работы с применением арт-техник, хуже справлялись с заданием на зрительно-моторную координацию для оценки активного внимания «ТМТ-А» по сравнению с теми, кто не участвовал в программе ( $M = 44,3 \pm 6,65$  и  $33,5 \pm 7,92$  соответственно,  $p = 0,04$  по критерию Манна–Уитни).

Проведенное исследование показало, что 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.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что пациенты с аффективным расстройством и психотическим расстройством демонстрируют схожие по структуре, но различающиеся по выраженности когнитивные нарушения. Показано, что 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 согласуются с мнением о том, что выраженность общего нейрокогнитивного дефицита при аффективном расстройстве меньше, однако это утверждение не распространяется на все когнитивные функции: и у пациентов с аффективным расстройством, и у пациентов с психотическим расстройством достаточно сохранены зрительно-конструктивные способности (по результатам методики «Фигура

Рея–Остеррица»). У пациентов с аффективным расстройством выявлен дефицит зрительно-моторной памяти, характерный и для больных с психотическим расстройством при немедленном и отставленном воспроизведении, в то время как показатели по копированию были близки к нормативным.

Снижение рабочей памяти и скорости обработки информации характерно как для пациентов с аффективным расстройством, так и больных с психотическим расстройством, что коррелирует с данными метаанализа о присутствии этого дефицита у пациентов с расстройствами аффективного спектра, в том числе и при состояниях высокого риска психотических расстройств, с большей величиной эффекта по сравнению с другими когнитивными областями. Другой метаанализ показал, что способность кодирования цифровых символов у больных психотическим расстройством значительно нарушена. Это позволило предположить, что скорость

ПИСЬМ-ВКР-САМИ РФ  
 обработки информации является одной из наиболее чувствительных областей когнитивного функционирования и ассоциирована с исполнительными функциями, беглостью речи и памятью.

Дефицит вербальной памяти и внимания может быть ранним маркером аномального психического развития. В лонгитюдном исследовании сравнение пациентов с потенциально продромальным состоянием показало, что снижение долговременной памяти может рассматриваться в качестве индикатора уязвимости и помочь предсказать переход в психоз.

Выявленная связь между отягощенной наследственностью и сниженными показателями когнитивного функционирования по результатам методики «Фигура Рея–Остеррица» согласуется с данными литературы о наличии у людей с семейным риском психоза дефицита зрительно-пространственных навыков. У пациентов с аффективным расстройством отмечается снижение продуктивности психической деятельности, но менее выраженное, чем у больных психотическим расстройством, при выполнении

заданий, предъявляющих более высокие требования к произвольной регуляции, рабочей памяти, с необходимостью длительного сосредоточения, повышенной концентрации и переключения внимания. Высказана гипотеза, что при аффективном расстройстве и с психотическим расстройством имеется общая генетическая уязвимость коры левой височной области.

Однако существуют генетические или средовые факторы, такие как резерв лобных долей или общий интеллект, которые могут снизить действие генов предрасположенности к психотическим расстройствам до уровня нарушений, наблюдаемых при аффективном расстройстве.

У 10% больных с аффективным расстройством выявлено снижение только показателя переключаемости внимания «ТМТ-В».

В последние годы комплексный подход к терапии психических расстройств, включающий медикаментозное психиатрическое лечение, психотерапию и психосоциальную коррекцию становится наиболее эффективной стратегией в лечении сложных, резистентных к монотерапии 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 с такими больными, значительно улучшают 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.

### **Выводы по практической главе**

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.

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 ( $M = 44,3 \pm 6,65$  и  $33,5 \pm 7,92$  соответственно,  $p = 0,04$  по критерию Манна–Уитни).

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

**ПИШЕМ-ВКР-САМИ.РФ**

## 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, включающим аффективные психотические паранойальные бредовые, галлюцинаторные и бредовые, парафренические, 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.

Арт-терапия является одним из мягких, и в то же время глубоких методов, который успешно применяется 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 расстройств; работа с нравственной сферой личности; работа с целостностью личности.

В эмпирическом исследовании приняли участие 44 пациентов с аффективными и психотическими расстройствами. 51% пациентов приняли участие в психокоррекционной программе, а 49% - 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 справлялись с заданием на зрительно-моторную координацию для оценки активного внимания «ТМТ-А» 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.

ПИЩЕМ-ВКР-САМИ.РФ

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алешкина Г.А., Барденштейн Л.М., Пугачева М.Е., Кононец А.С. Острые кратковременные психотические расстройства шизофренического спектра (обзор литературы). Психическое здоровье. — 2019. — № 11. — С. 51-64.
2. Алиева М.Б. Психология здоровья /М.Б. Алиева, А.М. Бейбутова А.М., Г.Р. Чубанова, А.А. Цахаева. — Киев.: Общество с ограниченной ответственностью "Финансовая Рада Украины" (Киев), 2017. — С. 100.
3. Артпедагогика и арттерапия 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.
4. Батюта М. Б. Возрастная психология: учеб. пособие / М. Б. Батюта, Т. Н. Князева. — Н. Новгород: ДЕКОМ, 2018. — 293 с.
5. 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. Беккер, Ю. В. Быков // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2019. — № 4. — С. 20-33.
6. 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.
7. 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.
8. Бобченко Т. Г. Психологические тренинги. Основы тренинговой работы. Учебное пособие / Т. Г. Бобченко. — М.: Юрайт. — 2020. — 132 с.
9. Бонкало Т.И., Полякова О.Б. Стрессоустойчивость и стрессоустойчивое поведение: учебно-методическое пособие для

ПИШЕМ-ВКР-САМИ.РФ

обучающихся в системе профессионального образования / Т. И. Бонкало, О. Б. Полякова. – М.: 2021. – 193 с.

10. Бутырина Ю. С. Применение арт-терапии в комплексном лечении психических заболеваний / Ю. С. Бутырина // Молодежь – Барнаул. — 2022. — №4. — С. 548-549.

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

13. Горобец Л.Н., Литвинов А.В. К вопросу о применении карипразина у больных с биполярным аффективным расстройством: взгляд психонейроиндолога / Л. Н. Горобец // Современная терапия психических расстройств. — 2021. – № 1. – С. 33–42.

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

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

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

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 / М. А. Есипов // Актуальные вопросы науки. – 2018. — № 46. – С. 116-118.

20. Здоровье и психология [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.internationalschoolparent.com/articles/empathy-children/> (дата обращения 03.10.2022).

21. 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.

22. Клинические особенности атипичной депрессии в рамках биполярного и рекуррентного аффективных расстройств, психогенных депрессий / Г. А. Тывина, М. С. Беронцкая, Г. П. Кренгел, И. Н. Ефремова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика – 2022. – № 2 – С. 56-63.

23. 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

24. 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.

25. 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.

26. 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.

27. Международная классификация болезней (11 пересмотр). Психические и поведенческие расстройства. URL: <http://psyandneuro.ru/stati/icd-11-disordergrouping/>: (дата обращения 07.10.2022).

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

29. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Всемирная организация здравоохранения. Женева. - Отпечатано в России, СПб. 208 с. 20.

30. Никольский А.В. Психология здоровья. Специфика и пределы адаптивности человека: учебник для вузов / А.В. Никольский — Москва: Издательство Юрайт, 2020. — 302 с.

31. 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.

32. Осколкова С.Н. Идеи Жозефа Гислена в развитии психиатрии. Научный обзор / С. Н. Осколкова // Российский психиатрический журнал. — 2018. — № 3 . — С. 74-79.

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

34. 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.

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

36. Розин В.М. Психика и здоровье человека / В.М. Розин. — М.: КД Либроком – 2018. — 224 с.

37. 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.

38. Снедков Е. В. Шизоаффективное расстройство: прошлое и настоящее гибридной конструкции / Е. В. Снедков, А. Е. Веракса, П. Ю.

Мушник // Обзоры психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2022. – № 2. – С. 8-20.

39. Фрейд З. Введение в психоанализ / З. Фрейд. - М.: Эксмо, 2019. — 77 с.

40. 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.

41. Херманн Д. Язык памяти / Д. Херманн. - М.: Эксмо-Пресс, 2018. — 256 с.

42. 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.

43. Хохлова В. А. Психолого-педагогические подходы к применению арт-терапии в образовании / В. А. Хохлова // Актуальные проблемы современного общего и профессионального образования. — 2022. — №4. — С. 186-191.

44. Шадриков В.Д. Психологическая деятельность и способности человека / В. Д. Шадриков // Учеб. пособие, 6-е изд. перераб. и доп. / В. Д. Шадриков. — М.: Логос. — 2019. — 320 с.

45. Шкурко Т.А. Социальное поведение человека: объяснительные модели, теории, методический инструментарий / Т.А. Шкурко. — Ростов-на-Дону; Таганрог: Южный федеральный университет, 2017. — 118 с.

46. 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. 257-259

47. Bleuler E. Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien / E. Bleuler. -Leipzig, Germany: Deuticke, 1911. — 456 с.

48. Essex A. Ueber rein asthenische Endzustände bei Schizophrenie/ A. Esser// Aertzliche Sachverständigen-Zeitung. - 1928;1:1-3.

49. Kahlbaum K.L. Die katatonie oder das spannungsirresein/ K.L. Kahlbaum// Berlin: Hirschwald. - 1874. — 124 с.

50. Khanna S. Schizophrenic pseudo pseudo dementia — a case report/ S. Khanna, A. Jee// Indian J Psychiatry. - 1988; 30(3):307-309.

51. Lowenfeld V. The Nature of Creative Activity. — 2011. — 256 p.

ПИШЕМ-ВКР-САМИ.РФ

## Приложение 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
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
40	0.4	Адекватная

ПИШЕМ-ВКР-САМИ.РФ

**Сводная таблица данных по изучению самооценки Будасси в 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
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

ПИШЕМ-ВКР-САМИ.РФ

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

ПИШЕМ-ВКР-САМИ.РФ

## Приложение 2

**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
19.	23	Средний	-0.9	Заниженная
20.	24	Средний	- 0.7	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

**ТЕСТ КОТ в группе респондентов, не имеющих расстройств**

№ испытуем	Балл	Уровень способностей	Балл	Уровень самооценки
------------	------	----------------------	------	--------------------

ого оп/п				
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
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

ПИШЕМ-ВКР-САМИ.РФ

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

ПИСЕМ-ВКР-САМИ.РФ

### Приложение 3

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

№ испытуемого оп/п	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
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

**Познавательные процессы 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
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

ПИШЕМ-ВКР-САМИ.РФ

#### Приложение 4

#### 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
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
Сумм ы		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.

### 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
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>

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

ПИШЕМ-ВКР-САМИ.РФ

### 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
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.

**Результаты исследования корреляционных связей в 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
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.

# ПИШЕМ-ВКР-САМИ.РФ

## 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
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

### 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
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.

ПИШЕМ-ВКР-САМИ.РФ