

Содержание

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 психотерапевтической работы с аффективными и психотическими расстройствами у людей различными арт-техниками	12
Глава II. Экспериментальное 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	24
Глава III. Программа применения арт-техник в работе с людьми с аффективными и психотическими расстройствами	39
3.1. Программа психотерапевтической работы с людьми с аффективными и психотическими расстройствами с применением арт-техник	39
3.2. Анализ результатов исследований на контрольном этапе исследования	51
Заключение	56
Список литературы	58
Приложение 1	63
Приложение 2	67
Приложение 3	71
Приложение 4	75

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

Введение

Психические процессы - это психические явления, которые обеспечивают первичное отражение и осознание воздействий личностью окружающего мира. Социально-психологическая сторона личности является отражением основных качеств и характеристик, позволяющих личности занимать положение среди других людей, играть определенную роль в обществе.

В широком плане личность - это интегральная целостность психогенных, социогенных и биогенных элементов.

В современной психологии отсутствует единое понимание личности. Но большинство исследователей склоняются к тому, что личность это индивидуально своеобразная и прижизненно формирующаяся совокупность черт, которые определяют образ (стиль) мышления человека, ее чувства и поведение.

В настоящее время, по данным ВОЗ, происходит большой рост частых выявлений психических расстройств. Как известно каждый 4-5 житель во всем мире страдает различными видами психических расстройств. Быше мы упомянули какие виды входят в этот список. Из этих видов самым распространенным считается болезнь шизофренией (около 40-53 % случаев среди выявленных психических расстройств).

В большинстве случаев самые первые проявления симптомов шизофрении происходит в юношеском возрасте. В связи с высоким возрастанием численности больных выявляется необходимость в создании более эффективной системы лечебных мероприятий, что дает важность в более глубоком изучении данных психических расстройств. В данный период времени предложены методы лечения: с помощью медикаментозных средств (которые не всегда эффективны), походы к психотерапевтам.

Объект исследования: люди с аффективными и психотическими

расстройствами.

Предмет исследования – психотерапевтическая работа с аффективными и психотическими расстройствами у людей различными арт-техниками.

Цель исследования – теоретическое обоснование и практическое обоснование эффективности психотерапевтической работы с аффективными и психотическими расстройствами у людей различными арт-техниками.

Гипотеза: согласно предположению, психотерапевтическая работа с применением различных арт-техник будет способствовать улучшению показателей у людей.

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

1. Теоретический анализ проблемы исследования.
2. Качественно-количественный анализ результатов исследования уровня аффективных и психотических расстройств.
3. Разработка программы психотерапевтической работы с людьми с аффективными и психотическими расстройствами с применением арт-техник.
4. Анализ результатов.

Методы исследования:

— Теоретический: анализ специальной литературы по проблемам аффективных и психотических расстройств;

— эмпирический: анкетирование и психодиагностика (таблицы Шульте, тест слежения, заучивание 10 слов, ВАСС, тест комплексной фигуры Рея–Остеррица, копирование, тест комплексной фигуры Рея–Остеррица, тест комплексной фигуры Рея–Остеррица, тест Векслера, субтест «Шифровка»);

— Группировка и обработка первичных данных; качественный анализ;

— Совокупность использования данных методов позволяет охватить репрезентативную аудиторию и установить особенности аффективных и

психотических расстройств.

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.

Теоретическая значимость исследования:

В работе представлено теоретическое обоснование понятий «аффективных и психотических расстройств».

Практическая значимость исследования:

Представленное исследование может стать основой для более масштабного исследования. Разработанная программа применения арт-техник в работе с людьми с аффективными и психотическими расстройствами.

Выводы исследования: 44 больных с аффективными и психотическими расстройствами, находящихся на лечении. Критериями включения в исследование были возраст 18-45 лет; этап стабилизации состояния. Критерием невключения является злоупотребление психоактивными веществами..

Экспериментальная база исследования: исследование проводили на базе.....

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

Для верного понимания современного состояния проблемы смешанных аффективных расстройств необходимо коснуться исторических аспектов. В 1554 г. были обнаружены рукописи II века нашей эры греческого врача Аретея из Каппадокии (римской провинции на территории современной Турции), излагавшего учение Архигена, уроженца Сирии, чьи писания были утеряны. В текстах Аретея впервые была описана «бесчисленность» симптомов при меланхолии и мании, их «смещение», что расценивается как первое в истории психиатрии указание на смешанное аффективное расстройство.

Научное описание смешанных состояний началось в 19 веке. Одним из первых был профессор Лейпцигского университета Иоганн Кристиан Август Хайнрот. В своем учебнике «Расстройства психической жизни» (1818) он выделил категорию смешанных состояний экзальтации и слабости (гипоастении) и в ней - категории смешанных («Mischung») расстройств настроения (*animi morbi complicati*) и «смешанных расстройств волевых усилий» (*morbi voluntatis mixti*), в которых речь, очевидно, идет о смешанных аффективных и шизоаффективных расстройствах в соответствии с современными определениями [18, с. 85].

Профессор Гентского университета в Нидерландах (совр. Бельгия) Гислен в своей книге «Трактат о френопатиях или новая система психических расстройств» (1838) описал категорию смешанных состояний, названную им «соединения болезней». К этой категории он отнес «угрюмую

депрессию», «угрюмую экзальтацию» и «депрессию с экзальтацией и глупостью», в которую также включил «депрессию с тревогой».

Настоящим автором того, что мы сегодня называем смешанными состояниями, является Эмиль Крепелин. Он обобщил и классифицировал предыдущие представления, в том числе и идеи своего ученика Вильгельма Вейгандта, который упоминал о многих типах смешанных состояний, но описал только три «...маниакальный ступор... возбужденная депрессия ... и непродуктивная мания» [10, с. 65].

В 1913 г. Крепелин описал все 6 типов смешанных состояний. По мнению Крепелина, первые три типа смешанных состояний основаны на трех фундаментальных симптомах мании: полете идей, эйфории, гиперактивности. Депрессивная или тревожная мания может возникнуть, если присутствуют два из трех основных симптомов мании, а именно полет идей и гиперактивность, но эйфория сменяется депрессивным настроением. Возбужденная или ажитированная депрессия может возникнуть, если кроме того симптом полета мыслей сменяется торможением мыслей и только гиперактивность остается маниакальным симптомом. Мания с бедностью мыслей возникает, если бедность мыслей связана с маниакальным симптомом эйфории и, возможно, с гиперактивностью [23, с. 64].

Следующие три типа смешанных состояний основаны на трех фундаментальных симптомах депрессии: «торможение мысли», «депрессивное настроение», «слабость воли».

Маниакальный ступор возникает, когда депрессивное настроение сменяется «эйфорией», но депрессивные мысли и отсутствие воли, или абулия, сохраняются. Депрессия с полетом идей возникает, когда бедность мыслей сменяется полетом идей, а два других основных симптома депрессии (депрессивное настроение и абулия) сохраняются [36, с. 54].

Заторможенная мания возникает тогда, когда помимо полета идей депрессивное настроение сменяется эйфорией. Крепелин отделил тормозную

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

манию от маниакального ступора, потому что полет идей отсутствует в маниакальном ступоре, но присутствует в заторможенной мании. Концепция Крепелина не была поддержана другими учеными, и исследования смешанных аффективных расстройств практически прекратились [40, с. 78].

Однако, в «Валдайских» лекциях 1962-1969 гг., по которым учились многие поколения отечественных психиатров, А.В. Снежневский описывал смешанные состояния, возникающие тогда, когда 3 ингредиента классических проявлений аффективных расстройств взаимно заменяются.

Возрождение интереса к смешанным аффективным расстройствам пришлось на рубеж 20-21 веков. Многие исследователи обратили внимание на то, что на фоне успешной психофармакотерапии выявляются группы пациентов с аффективными расстройствами, резистентными к традиционной терапии и требующими терапии сочетанием антидепрессантов и нейрорепрессантов.

Клинические варианты смешанных состояний у взрослых исследовала О.О. Сосюкало (1988), которая помимо типичных смешанных состояний описала смешанные состояния (диффузная, ипохондрическая, астеническая) и альтернирующие смешанные состояния. А.С. Аведисова, Р.В. Воробьев. (2014) разработали типологию смешанных состояний с применением психометрических шкал в клинике биполярного аффективного расстройства у взрослых. Г.И. Копейко (2011) выявил, что в юношеском возрасте преимущественно формируются альтернирующие и атипичные смешанные состояния [11, с. 106]

Важность изучения смешанных аффективных расстройств обуславливается их склонностью к затяжному течению, высокой суицидальной опасностью, сопряженностью с вегетососудистыми дисфункциями, риском обострения соматической патологии. У детей вплоть до недавнего времени аффективные расстройства считались редкими, трудно отличными от свойственной детскому возрасту физиологической

лабильности аффекта.

По настоящее время аффективные расстройства у детей недостаточно изучены и часто просматриваются врачами. Это подтверждается и нашими собственными наблюдениям и особенно касается смешанных аффективных расстройств.

По данным В.Н. Колягина и Е.П.Черниговой (2019) первый эпизод биполярного расстройства 33% больных переживает до 15 лет и половина из них не получает лечения более 5-10 лет последующих лет. Н.М. Иовчук пишет о «множестве наблюдений, ... когда ребенка с очевидным биполярным течением в течение многих лет лечат только антидепрессантами, в худшем случае – ноотропами, витаминами, биодобавками» [9, с. 54].

Коморбидные диагнозы (расстройства поведения, фобии, нарушения психологического развития) еще более затрудняют диагностику. Причинами недостаточного выявления аффективных расстройств у детей является не только то, что их подробное рассмотрение в учебных программах по подготовке психиатров пополнилось лишь в последние десятилетия, но также и то, что аффективные нарушения, свойственные детскому возрасту, носят преимущественно стертый, атипичный характер, в них присутствуют или выходят на первый план двигательные, поведенческие, сенестоипохондрические, тревожно-фобические расстройства [18, с. 65].

К недостаточной диагностике также ведет загруженность врачей работой с документацией, в том числе с электронной, тогда как выявление стертых аффективных расстройств требует целенаправленного опроса и, следовательно, значительного времени с возможностью обследовать больного не перед экраном монитора.

В МКБ-10 смешанные состояния в самостоятельные группы не выделяются. Смешанный эпизод определяется как характеризующийся либо смешанием, либо быстрой альтернативой маниакальных, гипоманиакальных

или депрессивных симптомов (F38.0 - смешанный аффективный эпизод; F31.6- биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанный; F06.33 смешанное расстройство органической природы).

В отечественной психиатрии БАР редко диагностируется до 15 лет,, и смешанные расстройства кодируются в других рубриках, позволяющих выставить ребенку реабилитационный диагноз, который потом может быть пересмотрен, например, в рубриках F34.0 (циклотимия), F40 (тревожно-фобические расстройства), F41 (другие тревожные расстройства), F43,22 (смешанная тревожная и депрессивная реакция), F92 (смешанные расстройства поведения и эмоций), F93 (эмоциональные расстройства специфичные для детского возраста) [13, с. 225].

В МКБ-11 описание смешанных эпизодов совпадает с МКБ-10. В отличие от МКБ-10, в МКБ-11 аффективные эпизоды расцениваются не как самостоятельные состояния, а в качестве оснований для постановки диагноза, подгруппы МКБ-10, состоящая из стойких расстройств настроения (дистимия и циклотимия), в МКБ-11 была удалена.

Смешанным аффективным расстройством с лабильным аффектом характерны быстрые аутохтонные и реактивные смены аффективных полюсов без определенного суточного ритма. Этот вариант напоминает описанные у взрослых «альтернирующие» смешанные состояния, состояния «с ультрациркадной цикличностью», или «с явлениями эмоциональной гиперреактивности».

Например, ребенок необычно веселый, возбужденный, говорливый, с «глупым» или сексуально провокационным поведением, имитирующим поведение взрослых, беспричинно, или же при упоминании о необходимости готовиться к контрольной работе, начинает причитать, рыдать, кусает себя или близких, а затем также внезапно успокаивается, и подобные перепады наблюдаются по несколько раз за день [16, с. 98].

Ларвированный тип, характеризуется преобладанием одного аффекта,

тогда как противоположный полюс остается практически незамеченным, ларвированным, проявляясь очень короткими, близкими к пароксизмам состояниями (например, напряженности, капризного недовольства после ночного или дневного сна, короткими эпизодами вялости, скуки на фоне приподнятого аффекта, или внезапным возрастанием общительности на фоне субдепрессии). Фобии, традиционно рассматриваемые как смешанный аффект, чаще представлены имеющими определенный суточный ритм пароксизмами, когда ведущим клиническим проявлением становится страх (темноты, одиночества, смерти, сумасшествия, катастрофы). От чего зависит своевременное успешное выявление аффективных расстройств у детей? Здесь нельзя не согласиться с С.Ю. Циркиным в том, что «принятие диагностического решения зачастую слишком зависит от целостного, если угодно, интуитивного, впечатления о больном, который «выглядит» как относящийся к той или иной диагностической группе» [36, с. 88].

Успех в выявлении аффективных расстройств определяется настойчивым целенаправленным расспросом родных и, главное, самого ребенка относительно базисных симптомов: «теоретических негативных феноменов» аффективных симптомокомплексов, снижения способности испытывать радость (ангедония) или снижения способности испытывать неприятные эмоции (алюпией), сопровождающихся «вторичными позитивными феноменами» аффективных расстройств: скукой, грустью, «бесстрашием», веселостью, гневом, злостью [14, с. 95].

С.Ю. Циркин допускает, что одновременное сосуществование негативных составляющих маниакального и депрессивного аффектов (алюпии и ангедонии) позволяет понимать эмоциональное обеднение при шизоидии как «разновидность аффективного нарушения».

Тогда возможность смешанных состояний также объясняется тем, что первичные базисные феномены сочетаются одновременно. Подчеркнем, что опрос даже маленького ребенка важно проводить в отсутствии родителей, а

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

также то, что выявление смешанных аффективных нарушений невозможно без целенаправленного опроса.

Целенаправленный опрос включает и ретроспективный, для уточнения сезонных и суточных ритмов не только собственно эмоциональных, но и поведенческих, соматовегетативных расстройств, колебаний умственной работоспособности. Резкие изменения аппетита и веса или нарушения сна могут быть единственными признаком аффективного расстройства. Сложность лечения детей со смешанными аффективными расстройствами состоит в том, что необходимы частые осмотры ребенка психиатром для смены терапии при первых признаках нарастания нарушений противоположного полюса.

1.2. Теоретическое обоснование психотерапевтической работы с

аффективными и психотическими расстройствами у людей различными арт-техниками

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

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, в социальной работе и бизнесе.

Метод арт-терапии можно отнести к наиболее древним и естественным формам коррекции эмоциональных состояний, которым многие люди пользуются самостоятельно – чтобы снять накопленное психическое напряжение, успокоиться, сосредоточиться [16, с. 25].

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. М. Эссекс, К. Фростиг и Д. Хертз отмечают, что терапия искусством является наиболее подходящим методом коррекции для работы с несовершеннолетними. 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 [34, с. 54].

Отечественный опыт применения арт-терапии отражен в работах М.Ю.

Алексеевой, Л.Д. Лебедевой, А.В. Гришиной. Так, М. Ю. Алексеева рассматривает различные варианты использования арт-терапии педагогами.

Она приводит включение элементов арттерапии в конкретный урок в качестве развивающего средства обучения. Работы Л.Д. Лебедевой посвящены некоторым вопросам использования арт-терапии в образовании.

Она приводит широкий спектр показаний для проведения арт-терапевтической работы в системе образования. А.В. Гришина предложила программу развития творческой индивидуальности подростков средствами арттерапии в учреждениях дополнительного образования [22, с. 54].

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 [20, с. 69].

На наш взгляд, следует отметить, что в таких областях арт-терапия применяется:

при психологических травмах, пестрях, посттравматическом стрессовом расстройстве, что является актуальным в послевоенное время;

- кризисных состояниях;
- внутри- и межличностных конфликтах;
- 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 [7, с. 69].

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. Подход 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 [36, с. 66].

Основное средство самовыражения – изобразительная деятельность

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

(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 [24, с. 52].

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 арттерапии в том, что искусство позволяет в скрытой символической форме реконструировать конфликтную травмирующую ситуацию и частично 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 конфликтах. Сам процесс арт-терапии приносит удовольствие, обучает клиентов 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 [30, 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.

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 групп 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.

Арт-терапия сама по себе не призвана решать воспитательно-образовательные задачи, но может содействовать их решению путем устранения либо смягчения психологических личностных отклонений у учащихся и членов педагогического коллектива, а также нейтрализации и коррекции некоторых патогенных внутрисемейных влияний на личность учащихся.

Несмотря на то, что форма и даже содержание творческой деятельности во время арт-терапевтических занятий и в процессе обучения нередко характеризуются значительным сходством, условия и направленность творческого и образовательного процессов все же различны.

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

Они по разному влияют на психологические структуры учащихся и обуславливают разную психическую динамику [27, с. 58].

Таким образом, различия в условиях и направленности арттерапии и образовательного процесса могут в некоторых случаях создавать трудности в понимании членами педагогического коллектива данного вида работы и даже вызывать ее восприятие как «угрозы» традиционной системе институциональных педагогических отношений. В то же время арт-терапия по своей сути конгруэнтна педагогике, поскольку в качестве стратегической цели она так же, как и педагогика, имеет социально успешную, здоровую личность учащегося, характеризующуюся высоким уровнем самореализации и качества жизни.

При этом правомерно говорить о проведении не столько традиционных арт-терапевтических консультаций или групповых тренингов коррекционной направленности, сколько о реализации интегрированных программ, ориентированных на решение комплексных задач, связанных со здоровьем, сберегающих задач на основе объединения художественно-образовательного, культурологического, рекреационного и арт-терапевтического направления в деятельности учреждения.

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

Глава II. Экспериментальное изучение аффективных и психотических расстройств

2.1. Этапы, методы, методики исследования

Обследованы 44 больных с аффективными и психотическими расстройствами, находящихся на лечении. Критериями включения в исследование были возраст 18–45 лет; этап стабилизации состояния. Критерием невключения является злоупотребление психоактивными веществами.

В первую группу сравнения вошли 20 пациентов с диагнозом «Аффективное расстройство» (F211), во вторую — 22 пациента с диагнозом «Психотическое расстройство» (F20).

В обеих выборках преобладали мужчины — 75 и 64% соответственно.

Возраст пациентов в первой группе составил $30,12 \pm 8,75$, во второй — $28,13 \pm 4,36$.

Возраст манифестации заболевания (первое обращение) составил в первой группе $22,22 \pm 7,29$ лет (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).

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. Установлено, что 48% обследованных пациентов

получали комбинированную терапию двумя антипсихотическими препаратами. 28,6% больных получали монотерапию атипичными и 23,8% — монотерапию традиционными антипсихотическими препаратами. Из антипсихотических средств второго поколения пациентам чаще назначали оланзапин и рисперидон (соответственно 25,0 и 31,3% от общего числа больных, получавших атипичные антипсихотические препараты).

В исследовании были использованы клинический метод и психологические методики, представленные в таблице 2.1.

Таблица 2.1 - Методы исследования когнитивных функций

Показатели	Методики
Эффективность работы	Таблицы Шульте, среднее время выполнения, с
TMT-A, активность внимания	Тест слежения, часть А, время выполнения, с
TMT-B, 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	BACS, количество правильно воспроизведенных числовых рядов
Зрительно-конструктивные способности	Тест комплексной фигуры Рея–Остеррица, копирование, балл
Кратковременная зрительно-моторная память	Тест комплексной фигуры Рея–Остеррица, непосредственное воспроизведение, балл
Долговременная зрительно-моторная память	Тест комплексной фигуры Рея–Остеррица, отсроченное воспроизведение, балл
Скорость обработки информации	Тест Векслера, субтест «Шифровка», шкальная оценка

Количественные 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).

Кроме того, предлагается использовать 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 зависят взаимоотношения 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 Р. Меппа состоит из двух типов.

Первый этап заключается в исследовании зрительной памяти с помощью двух серий картинок. Каждая серия — 30 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 приравняется 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 2.2 и 2.3.

Таблица 2.2 - Сравнение показателей пациентов с аффективными и психотическими расстройствами и контрольной группы (по критерию Манна–Уитни)

Показатели	«Аффективное расстройство», n=20	«Психотическое расстройство», n=22	Контрольная группа	Значимость различий 1 группы	Значимость различий 2 группы
Эффективность работы	37,96±7,6	40,96±7,6	31,56±2,1	0,281	0,099
ТМТ-А, активность внимания	35,41±6,21	47,12±5,21	27,24±4,01	0,164	0,021
ТМТ-В, переключаемость внимания	90,71±14,9	10,90±13,9	68,03±10,03	0,015	0,012

Объем кратковременной вербальной памяти	6,01±0,91	5,52±0,72	7,81±0,15	0,028	0,032
Долговременная память	8,03±0,67	6,21±0,47	9,68±0,32	0,036	0,019
Рабочая память	17,29±3,17	16,7±2,13	21,13±1,78	0,028	0,017
Зрительно-конструктивные способности, балл	43,87±8,33	42,87±6,72	46,17±9,4	0,261	0,210
Кратковременная зрительно-моторная память, балл/	33,75±7,18	31,75±4,19	38,12±5,18	0,017	0,014
Долговременная зрительно-моторная память, балл	32,15±5,5	29,82±4,6	36,82±3,5	0,013	0,010
Скорость обработки информации, балл	9,53±2,23	8,63±1,91	12,95±0,33	0,021	0,017

Показатели работоспособности методики «Таблицы Шульте» и активности внимания теста «ТМТ-А» у пациентов с аффективным 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 аффективным расстройством по сравнению с контрольной группой ($p = 0,015$), при этом у 60,0% пациентов показатель был ниже нормативного. Пациенты с аффективным расстройством значимо отличались от контрольной группы по показателю рабочей памяти ВАС ($p = 0,028$), 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 показателей 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 Рая–Остеррица у пациентов с аффективным 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 аффективным расстройством выявлено снижение только показателя переключаемости внимания теста «ТМТ-Е», у 5% пациентов с аффективным расстройством все когнитивные показатели находились в пределах нормы. Больные из первой группы и контрольная группа значимо не различались по показателю работоспособности из методики «Таблицы Шульце» ($p = 0,099$). 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 аффективным расстройством значимо отличались от контрольной группы по показателю рабочей памяти BACS ($p = 0,017$), 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 долговременного запоминания ($p = 0,019$), при этом первый показатель ниже нормативного значения у 72,7%, второй у 77,3% больных. Баллы при копировании фигуры Рея–Остеррица у пациентов с аффективным расстройством и контрольной группы значимо не различались ($p = 0,210$), у 40,9% показатель ниже нормативного.

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 2.1 показана кривая утомляемости, отражающая устойчивость внимания и работоспособность у пациентов с аффективным расстройством.

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

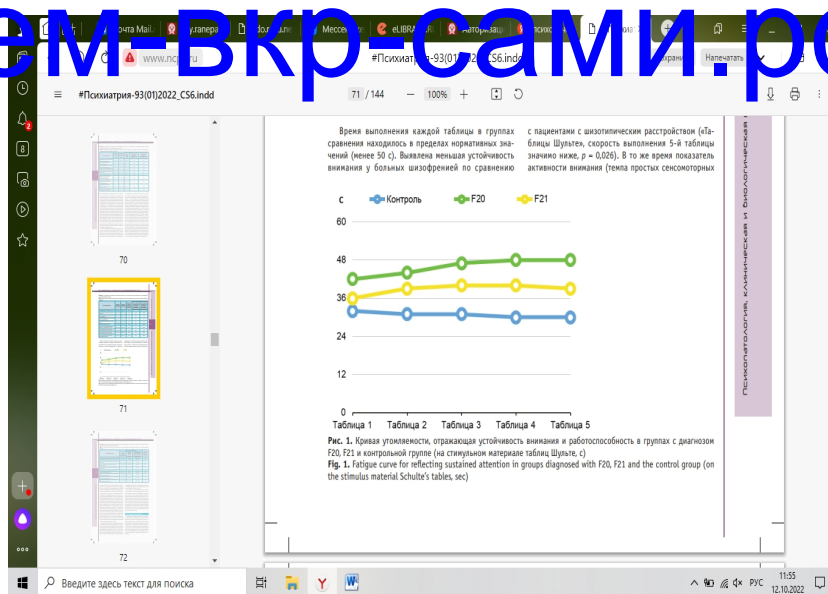


Рисунок 2.1 - Кривая утомляемости, отражающая устойчивость внимания и работоспособность в группах с диагнозом F20, F21 и контрольной группе (на стимульном материале таблиц Шульце, с)

Время выполнения каждой таблицы в группах сравнения находилось в пределах нормативных значений (менее 50 с). Выявлена меньшая устойчивость внимания у больных с психотическим расстройством по сравнению с пациентами с аффективным расстройством («Таблицы Шульте», скорость выполнения 5-й таблицы значимо ниже, $p = 0,026$). В то же время показатель активности внимания (темпа простых сенсомоторных реакций) «ТМТ-А» у больных с психотическим расстройством значимо ниже, чем у пациентов с аффективным расстройством ($p = 0,034$) (см. таблицу 2.3).

Таблица 2.3 - Сравнение показателей больных пациентов с аффективными и психотическими расстройствами и контрольной группы (по критерию Манна–Уитни)

Показатели	«Аффективное расстройство», $n=20$	«Психотическое расстройство», $n=22$	Значимость различий	Процент пациентов с F21, у которых показатель ниже нормативного	Процент пациентов с F20, у которых показатель ниже нормативного
5-я таблица Шульте, с	38,46±6,6	48,25±5,3	0,026	-	-
ТМТ-А, активность внимания	35,41±6,21	47,12±5,21	0,034	40%	63,6%
ТМТ-В, переключаемость внимания	90,71±14,9	109,73±13,9	0,019	60%	77,3%
Объем кратковременной вербальной памяти	6,01±0,91	5,5±0,72	0,467	45%	72,7%
Долговременная память	8,23±0,67	6,21±0,47	0,031	55%	77,3%
Рабочая память	17,29±3,17	16,7±2,13	0,566	60%	81,8%
Зрительно-конструктивные способности, балл	43,87±8,33	42,87±6,72	0,181	35%	40,9%
Кратковременная зрительно-моторная память, балл/	33,75±7,18	31,75±4,19	0,241	65%	77,3%

Долговременная зрительно-моторная память, балл	32,15±5,5	29,82±4,6	0,016	75%	86,4%
Скорость обработки информации, балл	9,53±2,23	8,63±1,91	0,184	60%	90,9%

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 ВАС 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 ($p = 0,016$).

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

Результаты представлены на рисунке 2.2.

Рисунок 2.2 - Процентное распределение по уровням сформированности самооценки в группе лиц

В группе респондентов, которые имеют аффективные и психотические расстройства и проходил он в тяжелой или в среднетяжелой форме, 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 образов «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 второй 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 их возможностям. Таким испытуемым свойственны такие качества личности: достоинство, гордость, самолюбие, эгоцентризм.

Среднюю или адекватную самооценку имеют 37,5% испытуемых второй группы. Респонденты со средним уровнем самооценки адекватно

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

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 оказало негативный след в структуре личности респондентов.

Далее, согласно выдвинутой гипотезе исследования, существует взаимосвязь между показателями структуры личности и нарушением когнитивных функций. С учетом этой гипотезы мы далее провели диагностику когнитивных функций респондентов в двух выборках.

Рисунок 2.3 - Выраженность КОТ (познавательных процессов) у респондентов

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

Рисунок 2.4 - 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.

Рисунок 2.5 - 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.



Рисунок 2.6 - 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.

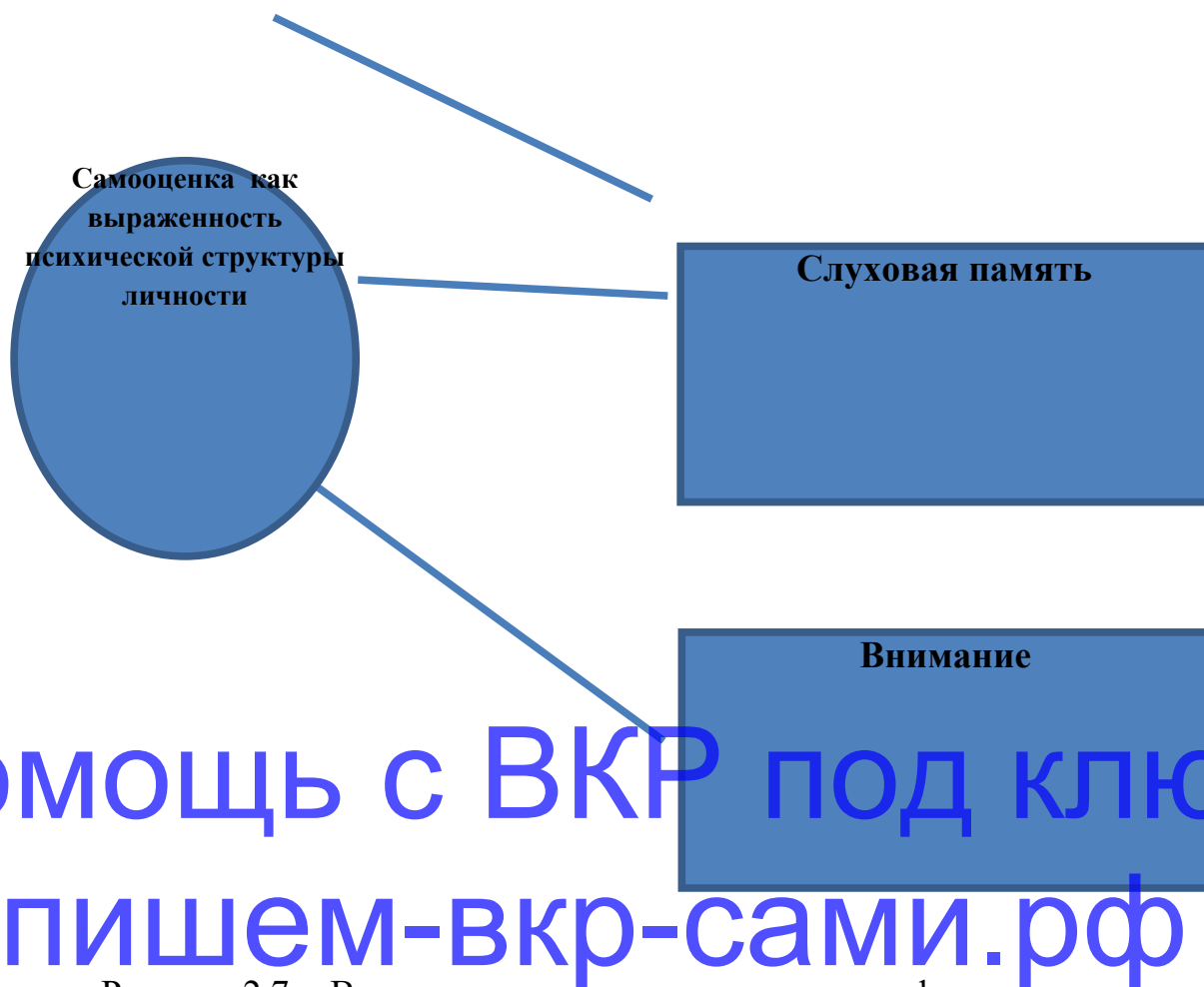


Рисунок 2.7 - Выраженность взаимосвязи между сформированности психической структуры личности (я- реальное-я-идеальное) и когнитивных функций у лиц, не имеющих расстройств

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.

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

Глава III. Программа применения арт-техник в работе с людьми с аффективными и психотическими расстройствами

3.1. Программа психотерапевтической работы с людьми с аффективными и психотическими расстройствами с применением арт- техник

Предлагаемая нами коррекционная программа применения арт-техник будет позиционировать 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 психофизиологического стресса;

- развитие самосчитности 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 преодоление 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;

- осознание стереотипов восприятия, реакций, 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

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

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 клиентки и ее 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 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, достижения более

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

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. При разработке арт-терапевтической программы были учтены следующие положения: психосоматическая концепция, представления о «Внутренней картине здоровья» и «Внутренней картине болезни», интегративная трехкомпонентная модель «Биопсихосоциальная модель», клиническая модель арт-терапии.

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

Общая структурная организация различных программ арт-терапевтического сопровождения реабилитационного процесса. Программа в целом и каждое арт-терапевтическое занятие построены на творческой экспрессии участников (с использованием 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 получить от своего заболевания, нахождение альтернативных способов помимо бессознательного ухода в болезнь достижения желаемого. Поиск и нахождение новых внутренних ресурсов, несомнящиеся стратегии себе. Происходит реконструкция системы отношений, взглядов и стереотипов участников занятий.

III этап. Завершающий этап. Участниками программы озвучиваются личные 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-

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

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.д. Программа адаптируется в соответствии с нозологией

пациентов, длительностью их пребывания в реабилитационном центре, в соответствии с составом участников и учетом их индивидуальных запросов.

На сегодняшний день продолжается активная научно-исследовательская работа с различными группами пациентов. На базе центра формируются мультидисциплинарные команды специалистов, что обеспечивает междисциплинарный диалог, арт-терапевт находится в постоянном диалоге с клиническими психологами, психиатрами, врачами соматического профиля, а это позволяет арт-терапевту более точно проводить адаптации программ арт-терапевтического сопровождения. Нами получены результаты исследований применения арт-терапии: у группы женщин, перенесших мастэктомию по поводу рака молочной железы (на ранних и поздних этапах реабилитации), у пациентов, находящихся на разных этапах реабилитации, после перенесенного инсульта, переломов на фоне остеопороза. Результаты данных исследований представлены и

опубликованы ранее.

Эмоциональное состояние пациента является результатом сложного взаимодействия личностных особенностей, отношения к своему заболеванию и межличностных отношений. В связи с этим для более эффективного, глубинного лечения, реабилитации и профилактики соматических заболеваний необходимо наряду с оздоровлением тела уделять особое внимание улучшению психоэмоционального состояния пациента. В отдельных случаях субъективная эмоциональная реакция пациента на болезнь носит столь выраженный негативный характер, что психологическая коррекция психоэмоционального состояния на ранних этапах терапии может стать более актуальной задачей, чем лечение самого соматического заболевания.

Арт-терапия является одним из наиболее эффективных и экологичных направлений психологической и психотерапевтической помощи, которое играет важную роль в реализации задач комплексной современной медицинской 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 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 расстройства, в процессе прохождения реабилитации осуществлялась на основе проведенной диагностики. Кроме того мы придерживались принципа системности 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 3.1).

Таблица 3.1 – 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 сотрудничеству с психологом; - формирование внутренней мотивации на прохождение коррекционной работы	- элементы изотерапии: - рисование мандалы
Коррекционный (10 занятий)	- восстановление эмоциональной адекватности; - развитие способности дифференцировать положительные и отрицательные эмоции;	- изотерапия («образ моего я», «образ тела», «внутренний ребенок», «работа со страхом», «я и другие»); - маскотерапия («маска обиды», «маска вины»,

	- снижение эмоционального напряжения; - коррекция уровня тревожности; - повышение мотивации на прохождение реабилитационного процесса.	«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 нашей жизни» (20 минут). Цель: Обучение языку 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

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

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 внутренний образ чувства вины в виде маски. Далее участники изготавливают маски своего чувства вины и дают им названия.

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 вспомнить, 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.

Таким образом, с учетом промежуточных результатов исследования предполагаем, что разработанная нами психокоррекционная программа может быть использована психологами в работе с лицами, страдающими аффективными и психотическими расстройствами, для коррекции их эмоционального состояния. Однако окончательный вывод можно будет сделать только после завершения всех этапов исследования, результаты которого будут освещены в последующих сообщениях.

3.2. Анализ результатов исследований на контрольном этапе исследования

В представленной работе были выявлены взаимосвязи между результатами обследования пациентов с аффективным расстройством и сниженными результатами методики «Фигура Рея-Остеррица»: при копировании (r Спирмена = 0,744, $p \leq 0,05$), непосредственном (r Спирмена = 0,698, $p \leq 0,05$) и отставленном воспроизведении (r Спирмена = 0,696, $p \leq 0,05$). Имеется прямая связь между частотой обращения за медицинской помощью и результатами выполнения теста «ТМТ-В» у пациентов с аффективным расстройством (r Спирмена = 0,421, $p \leq 0,05$).

Установлено, что арт-терапию получали пациенты с аффективным расстройством (коэффициент сопряженности = 0,450, $p < 0,05$). Результаты сравнения показателей представлены в таблице 3.2.

Таблица 3.2 - Сравнение показателей у пациентов с различными арт-техниками (по критерию Краскела–Уоллеса)

Показатели	Антипсихотики			
				Уровень значимост

				и
Эффективность работы	42,05±2,05	36±7,64	37,95±9,12	0,54
ТМТ-А, активность внимания	37,5±3,11	30,5±6,36	36,08±9,59	0,40
ТМТ-В, переключаемость внимания	98,66±7,77	52,15±5,33	95±26,85	0,36
Объем кратковременной вербальной памяти	8,64±3,10	9,52±0,71	9,75±4,65	0,77
Долговременная память	6,2±1,16	6,25±1,41	6,83±1,03	0,41
Рабочая память	6,16±2,1	7,21±2,3	7,13±0,49	0,15
Зрительно-конструктивные способности, балл	16,75±1,71	18,2±2,12	17,25±2,8	0,68
Кратковременная зрительно-моторная память, балл/	43,57±2,63	44,5±2,12	43±2,78	0,72
Долговременная зрительно-моторная память, балл	32,5±6,03	32±8,49	31,89±4,96	0,93

Помощь с ВКР под ключ! пишем-вкр-сами.рф

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 Роя-Остерриша»). У пациентов с аффективным расстройством выявлен дефицит зрительно-моторной памяти, характерный и для больных с психотическим расстройством при немедленном и отложенном 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 обработки информации является одной из наиболее чувствительных областей

когнитивного функционирования и ассоциирована с исполнительным функционированием, 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, представляющих более высокие требования к исполнительности, 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». Кроме того, была выявлена связь между этим показателем и частотой обращения за медицинской помощью, что может указывать на неблагоприятный характер течения заболевания и частые обострения.

В литературе есть указание, что наличие больного психотическим

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

расстройством в семье предсказывает худшие результаты тестов на исполнительные функции у его здоровых родственников и что, в частности, тест слежения «ТМТ» может указывать на эндофенотипический признак, при этом продолжительность болезни и клинический статус (стационарный или амбулаторный) оказывают небольшое влияние на результаты теста.

Результаты настоящего исследования согласуются с данными литературы о широкой распространенности в реальной практике антипсихотической полипрагмазии в рамках поддерживающей противорецидивной терапии расстройств аффективного спектра.

Установлено, что комбинированную терапию антипсихотиками чаще получали пациенты с аффективным расстройством. Можно предположить, что это связано с более низким качеством ремиссий у больных с непсихотическими аутохтонными расстройствами, по сравнению с больными с психотическими формами психозов.

В последние годы антипсихотическая полипрагмазия стала более приемлемой стратегией в терапии некоторых сложных, резистентных к монотерапии состояний. Полученные результаты подтверждают мнение о том, что различные атр-техники, значимо улучшают показатели больных с аффективным расстройством и больных психотическим расстройством.

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

Заключение

Различия в условиях и направленности арттерапии и образовательного процесса могут в некоторых случаях создавать трудности в понимании членами педагогического коллектива данного вида работы и даже вызывать ее восприятие как «угрозы» традиционной системе институциональных педагогических отношений. В то же время арт-терапия по своей сути конгруэнтна педагогике, поскольку в качестве стратегической цели она так же, как и педагогика, имеет социально успешную, здоровую личность учащегося, характеризующуюся высоким уровнем самореализации и качества жизни.

При этом призываю обратить внимание не столько на традиционных арт-терапевтических консультаций или групповых тренингов коррекционной направленности, сколько о реализации интегрированных программ, ориентированных на решение комплекса развивающих и здоровье сберегающих задач на основе объединения художественно-образовательного, культурологического, рекреационного и арт-терапевтического направления в деятельности учреждения.

В рамках данной работы проводилось экспериментальное изучение аффективных и психотических расстройств. Обследованы 44 больных с аффективными и психотическими расстройствами, находящихся на лечении. В первую группу сравнения вошли 20 пациентов с диагнозом «Аффективное расстройство» (F211), во вторую — 22 пациента с диагнозом «Психотическое расстройство» (F20).

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 BACS 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 ($p = 0,016$).

Предлагаемая нами коррекционная программа применения арт-техник будет позиционировать по следующим направлениям: 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.

Список литературы

1. 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.
2. Батюта М. Б. Возрастная психология: учеб. пособие / М. Б. Батюта, Т. Н. Князева. – Н. Новгород: ДЕКОМ, 2018. – 293 с.
3. Беккер Р.А., Быков Ю.В. Эффективность и безопасность антипсихотика III поколения луразидона (Латуда) при шизофрении и биполярных депрессиях (обзор литературы с комментариями) // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2019. - № 4. - С. 20-33.
4. 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.
5. 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.
6. Бобченко Т. Г. Психологические тренинги. Основы тренинговой работы. Учебное пособие. — М.: Юрайт. – 2020. – 132 с.
7. Бонкало Т.И., Полякова О.Б. Стрессоустойчивость и стрессоустойчивое поведение: учебно-методическое пособие для обучающихся в системе профессионального образования. – М.: 2021. – 193 с.
8. Бутырина Ю. С. Применение арт-терапии в комплексном лечении психических заболеваний / Ю. С. Бутырина // Молодежь – Барнаулу. - 2022. №4. – С. 548-549.

9. 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.

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

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

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

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

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

15. 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.

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

17. Есипов М.А. Психологическое просвещение как вид психологической помощи // Актуальные вопросы науки. – 2018. - № 46. – С. 116-118.

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

19. 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.

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

21. Кольцова И.В., Долганина В.В. Психолого-педагогическое сопровождение развития стрессоустойчивости подростков // Вестник Тверского государственного университета – 2021. - № 3 (56). – С. 65-76

22. Курьязов А. К. Арт-терапия-искусство лечения и как ресурс повышения сопротивляемости в период пандемии / А. К. Курьязов // Проблемы исполнения творческих современных арт-терапия в образовании, медицине и социальной сфере. - 2022. - №9. – С. 195-202.

23. 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.

24. 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.

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

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

07.10.2022).

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

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

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

29. 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.

30. Осипова С.Н. Идея Жюзефа Гислена о развитии психиатрии. Научный обзор // Российский психиатрический журнал. 2018. № 3 . С. 74-79.

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

32. 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.

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

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

35. Савва А. И. Когнитивно-аффективные расстройства у студентов с

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

психосоматическими заболеваниями / А. И. Савва, Е. А. Веселкова // Психолого-педагогические аспекты совершенствования подготовки студентов вуза. - 2022. - №7. – С. 175-177.

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

37. Харитоновна, Е. В. Аффективные расстройства и качество жизни пациентов, находящихся на лечении программным гемодиализом и перитонеальным диализом / Е. В. Харитоновна // Материалы конференции студентов и молодых ученых, посвященной памяти профессора Д. А. Маслакова. – 2019. - №4. – С. 433-434.

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

39. Хоффман И. Активная память: Экспериментальные исследования и теории человеческой памяти / И. Хоффман; Пер. с нем. К. М. Шоломина; Общ. ред. и предисл. Г. М. Резниченко, Н. Ю. Гордасовой. - М.: Прогресс, 1986. - 308 с.

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

41. 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.

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

43. Ясин М. И. Групповая терапия онлайн для людей с

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

**Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф**

Приложение 1

Таблица 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

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

Таблица 2.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

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

27	0.4	Адекватная
28	0.9	Завышенная
29	0.9	Завышенная
30	0.9	Завышенная
31	0.9	Завышенная
32	0.9	Завышенная
33	0.8	Завышенная
34	0.9	Завышенная
35	0.9	Завышенная
36	0.7	Завышенная
37	0.7	Завышенная
38	0.7	Завышенная
39	0.8	Завышенная
40	0.8	Завышенная

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

Приложение 2

Таблица 1.ТЕСТ КОТ в группе респондентов с аффективными и психотическими расстройствами

№ испытуем	Балл	Уровень способностей 65	Балл	Уровень самооценки
---------------	------	-------------------------------	------	-----------------------

ого оп/п				
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

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

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

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

Таблица 2 .ТЕСТ КОТ в группе респондентов, не имеющих расстройств

№ испытуемого оп/п	Балл	Уровень способностей	Балл	Уровень самооценки
1.	15	Ниже среднего	- 0.6	Заниженная

2.	15	Ниже среднего	- 0.7	Заниженная
3.	16	Ниже среднего	- 0.8	Заниженная
4.	15	Ниже среднего	-0.9	Заниженная
5.	15	Ниже среднего	- 0.7	Заниженная
6.	18	Ниже среднего	- 0.8	Заниженная
7	18	Ниже среднего	-0.9	Заниженная
8	15	Ниже среднего	- 0.7	Заниженная
9.	16	Ниже среднего	- 0.8	Заниженная
10.	16	Ниже среднего	-0.9	Заниженная
11.	15	Ниже среднего	- 0.7	Заниженная
12.	16	Ниже среднего	- 0.8	Заниженная
13.	19	Средний	0.5	Адекватная
14.	20	Средний	0.5	Адекватная
15	22	Средний	0.5	Адекватная
16.	23	Средний	0.5	Адекватная
17.	19	Средний	0.5	Адекватная
18.	20	Средний	0.5	Адекватная
19.	22	Средний	0.5	Адекватная
20	23	Средний	0.5	Адекватная
21	19	Средний	0.5	Адекватная
22	26	Выше среднего	0.5	Адекватная
23	27	Выше среднего	0.5	Адекватная
24	27	Выше среднего	0.5	Адекватная
25	25	Выше среднего	0.3	Адекватная
26	26	Выше среднего	0.4	Адекватная
27	26	Выше среднего	0.4	Адекватная

28	29	Выше среднего	0.9	Завышенная
29	29	Выше среднего	0.9	Завышенная
30	33	Высокий	0.9	Завышенная
31	32	Высокий	0.9	Завышенная
32	33	Высокий	0.9	Завышенная
33	31	Высокий	0.8	Завышенная
34	32	Высокий	0.9	Завышенная
35	32	Высокий	0.9	Завышенная
36	30	Высокий	0.7	Завышенная
37	30	Высокий	0.7	Завышенная
38	30	Высокий	0.7	Завышенная
39	31	Высокий	0.8	Завышенная
40	31	Высокий	0.8	Завышенная

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

Приложение 3

Таблица 1. 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 69	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

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

Таблица 2. 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	Завышенна я
32	9	Высокий	10	Высокий	0.9	Завышенна я
33	8	Высокий	8	Высокий	0.8	Завышенна я
34	10	Высокий	9	Высокий	0.9	Завышенна я
35	10	Высокий	9	Высокий	0.9	Завышенна я
36	8	Высокий	8	Высокий	0.7	Завышенна я
37	8	Высокий	8	Высокий	0.7	Завышенна я
38	8	Высокий	8	Высокий	0.7	Завышенна я
39	8	Высокий	8	Высокий	0.8	Завышенна я
40	8	Высокий	10	Высокий	0.8	Завышенна я

Помощь с ВКР под ключ!
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 ²
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	0.31	0.4

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

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

Самооценка - уровень слуховой памяти

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
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	-6.5	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	0.31	0.4

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

Самооценка- уровень памяти

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
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	0.31	0.4

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 ²
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	0.31	0.4

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

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

Самооценка – уровень слуховой памяти

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
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	0.31	0.4

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

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф

Самооценка – уровень внимания

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
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	0.31	0.4

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

Помощь с ВКР под ключ!
пишем-вкр-сами.рф