

Министерство науки и высшего образования РФ  
Национальный исследовательский  
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского  
Нижегородский государственный педагогический университет имени Козьмы Минина  
Российское психологическое общество (Нижегородское отделение)  
Национальная ассоциация для развития арт-терапевтической науки и практики  
«Арт-терапевтическая ассоциация»



# **КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ, ОБРАЗОВАНИИ И СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ:**

## **МЕТОДЫ АРТ-ТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Сборник научных трудов  
III Всероссийской межведомственной  
научно-практической конференции

*15–16 февраля 2024 г.*

Том 1

Нижний Новгород  
2024

УДК 159.98(063)  
ББК 88.945я431  
К49

К49        **«Клиническая психология в здравоохранении, образовании и социальной сфере: методы арт-терапии в практике психологической помощи»:** Сборник научных трудов III Всероссийской межведомственной научно-практической конференции, Нижний Новгород, 15–16 февраля 2024 г. / ННГУ им. Н.И. Лобачевского; Факультет социальных наук; Редкол.: Т.В. Маркелова, Ж.А. Шуткина, А.Ю. Акимова. – Нижний Новгород: ННГУ им. Н.И. Лобачевского, 2024. Т. 1. – 223 с. – Текст: электронный.

ISBN 978-5-91326-878-5

Сборник включает в себя научные труды III Всероссийской межведомственной научно-практической конференции в области клинической психологии в здравоохранении, образовании и социальной сфере. Представленные материалы отражают широту научных интересов исследователей и специалистов России.

ISBN 978-5-91326-878-5

УДК 159.98(063)  
ББК 88.945я431

© Нижегородский госуниверситет им. Н.И. Лобачевского, 2024

## СОДЕРЖАНИЕ

<i>Маркелова Т.В., Шутова Н.В.</i> Предисловие .....	5
<i>Баранова П.С.</i> Использование средств аппаратно-программной диагностики в работе педагога-психолога с детьми школьного возраста.....	6
<i>Басова А.Я., Развальяева А.Ю., Польская Н.А.</i> Блиц-опросник суицидального риска у подростков: результаты валидации на клинической выборке .....	15
<i>Баташева В.В., Ветлова Т.Н.</i> Использование элементов музыкотерапии как метода арт-терапии в работе с дошкольниками.....	25
<i>Белоконь Е.Г., Филяев М.А., Виноградова Е.Л.</i> Психологические особенности людей с близорукостью, работа с психосоматическим компонентом по методике PSY2.0 .....	30
<i>Белюсова А.Ю., Зотова Н.Е.</i> Распознавание ошибок другого человека больными шизофренией.....	47
<i>Валова Н.В.</i> Отклонения в развитии детей с умственной отсталостью вследствие семейно-педагогической запущенности .....	58
<i>Вотинцев А.Е.</i> Метод биологической обратной связи и кинотерапия (просмотр мультфильмов) при работе с детьми с синдромом дефицита внимания и гиперактивности .....	63
<i>Диденко Г.А.</i> Концепт «посттравматический рост» в психологических научных исследованиях .....	70
<i>Добронравова Е.В., Муравьева В.Ю., Усманова Н.С., Финогеева В.Ю., Филяев М.А.</i> Психологическое консультирование по авторскому протоколу PSY2.0 людей с диагнозом «акне».....	76
<i>Дякина Л.В.</i> Арт-терапия как средство для развития эмоциональной сферы старших дошкольников с ограниченными возможностями здоровья.....	87
<i>Дякина Н.В.</i> Аддиктивное поведение у детей и подростков, вызванное сетевой зависимостью: виды, причины и последствия.....	96
<i>Золотарева А.А.</i> Низкая грамотность и высокая стигматизация в вопросах психического здоровья как факторы, ответственные за развитие соматического и психологического неблагополучия .....	109

<i>Иванова А.Г., Филяев М.А., Виноградова Е.Л.</i> Психосоматический компонент работы с симптоматикой эндометриоза с женщинами репродуктивного возраста по авторскому протоколу PSY 2.0.....	114
<i>Иванцова Е.Е.</i> Особенности метода нейрографики с обучающимися «группы риска» .....	121
<i>Калакуцкая А.А.</i> Возможности метафорических ассоциативных карт в практике психологического консультирования .....	124
<i>Карпова Э.Б., Гуреева Ю.А.</i> Переживание одиночества и эмоциональный интеллект у лиц с проявлениями киберкоммуникативной зависимости.....	130
<i>Карпушкина Н.В.</i> Подготовка по арт-терапии и особенности использования арт-терапевтических техник психологами Нижегородской области.....	136
<i>Киричик Е.С.</i> Исследование самосознания матерей как основание использования методов арт-терапии для его развития .....	150
<i>Кожина Я.С., Карпушкина Н.В.</i> Коррекция самооценки младших школьников с умственной отсталостью средствами арт-терапии .....	157
<i>Козлов М.Ю.</i> Гипотеза птицы Додо: может ли привязанность быть главным фактором эффективности групповой, в том числе когнитивно-поведенческой психотерапии? .....	164
<i>Кыштымова И.М., Шугонцев В.А.</i> Структура совладания у лиц с наркотической и алкогольной зависимостью .....	170
<i>Ланберг О.А.</i> Опыт применения арт-терапии в качестве психологического сопровождения женщин с диагнозом бесплодие, находящихся на этапе прегравидарной подготовки .....	178
<i>Ланберг О.А., Катыхова И.М.</i> Опыт использования объемных метафорических ассоциативных карт в арт-терапевтических занятиях в отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушением функций центральной нервной системы .....	189
<i>Любимова Л.Н., Орлова О.В.</i> От "крупно-" до "глинотерапии": применение арт-терапевтических методов для оказания психологической помощи дошкольникам.....	211

***МАРКЕЛОВА ТАТЬЯНА ВЛАДИМИРОВНА***

доктор психологических наук, доцент,  
заведующий кафедрой общей и социальной психологии  
ННГУ им. Н.И. Лобачевского, г. Нижний Новгород, РФ  
markelova@fsn.unn.ru

***ШУТОВА НАТАЛЬЯ ВАДИМОВНА***

доктор психологических наук, профессор  
кафедры общей и социальной психологии  
ННГУ им. Н.И. Лобачевского, г. Нижний Новгород, РФ  
shutovanataliavadimovna@mail.ru

**ПРЕДИСЛОВИЕ**

Сборник научных трудов подготовлен по итогам работы III Всероссийской межведомственной научно-практической конференции «Клиническая психология в здравоохранении, образовании и социальной сфере: методы арт-терапии в практике психологической помощи».

Арт-терапия – метод, который помогает человеку встретиться со своими чувствами, принять и бережно пережить их средствами разнообразных видов искусства (изобразительной деятельности, танца, музыки и др.). Такой вид психологической помощи дает человеку силы, возвращает радость и ощущение полноты жизни, поскольку опирается на его творческий потенциал. Кроме того, арт-терапия прекрасно подходит для людей, которые длительное время находятся в трудной ситуации и исчерпали свои ресурсы на уровне сознания.

В сборнике представлен широкий спектр теоретических и практических проблем арт-терапии, в частности тех, которые мало освещены в отечественной литературе. Авторы работ, включенных в сборник, являются ведущими учёными и практиками, занимающимися данным направлением в психологии.

Материалы сборника адресованы психологам, психотерапевтам, врачам психиатрам, социальным работникам, искусствоведам, педагогам и другим специалистам.

**БАРАНОВА ПОЛИНА СЕРГЕЕВНА**  
Педагог-психолог, ИООО МИиР «Грани»,  
г. Иваново, РФ  
polina.kliuhina@yandex.ru

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОЙ ДИАГНОСТИКИ В РАБОТЕ ПЕДАГОГА-ПСИХОЛОГА С ДЕТЬМИ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Аннотация.** Диагностическая работа-одно из ключевых направлений практической деятельности педагога-психолога, работающего с детьми школьного возраста. На практике специалисту приходится решать ряд разнонаправленных диагностических задач, учитывая, как психологические характеристики школьной популяции (психовозрастные, психофизиологические и другие особенности), так и передовые тенденции в развитии образования в России (инклюзивность, индивидуализация образования и др.). Работая с классическим диагностическим инструментарием, педагог-психолог сталкивается с рядом проблем: большое количество времени, затрачиваемое на обработку результатов бланковых тестирований; возможность ошибки в интерпретации полученных результатов; невозможность оценить психофизиологические показатели и др. Использование в практике средств аппаратно-программной диагностики позволяет преодолеть описанные проблемы. Аппаратно-программный комплекс «НС-Психотест» содержит набор как классических тестовых методик, так и ряд психофизиологических проб. Успешность применения комплекса в практической работе педагога-психолога с детской популяцией нашла отражение в ряде статей и публикаций.

**Ключевые слова:** психолого-педагогическая диагностика, психологическая диагностика, аппаратно-программная диагностика, НС-Психотест.

Одной из трудовых функций педагога-психолога (психолога в сфере образования) является психологическая диагностика детей и обучающихся, включающая следующие трудовые действия: проведение психологической диагностики различного профиля и

предназначения; проведение регулярных скрининговых обследований (мониторинг) с целью контроля за ходом психического развития обучающихся, определение лиц, нуждающихся в психологической помощи; составление психолого-педагогического заключения по результатам диагностического обследования с целью ориентации педагогов и родителей (законных представителей) в проблемах личностного и социального развития обучающихся; определение степени нарушений в психическом, личностном и социальном развитии обучающихся; участие в работе ПМПК и др. Из вышесказанного следует, что на практике специалисту в данной области приходится решать ряд разнонаправленных задач, учитывая, как психологические характеристики школьной популяции (психовозрастные, психофизиологические и другие особенности), так и передовые тенденции в развитии образования в России (инклюзивность, индивидуализация образования и др.).

В сложившейся психолого-педагогической практике существует комплекс апробированных и утвержденных диагностических методик для работы с различными возрастными группами детей школьного возраста [1, 13, 2, 3, 10 и др.], однако практическое их применение имеет ряд ограничений:

- скрининговые методики, позволяющие охватить большую группу учащихся, не всегда обладают необходимой диагностической чувствительностью;
- для обработки результатов бланковых диагностик специалисту необходимо затратить значительное количество времени;
- необходима подготовка раздаточного материала для проведения диагностики;
- возможен риск возникновения ошибок в интерпретации полученных данных из-за «человеческого» фактора;
- оценка психофизиологических параметров зачастую невозможна.

В современной практике ряд перечисленных выше ограничений может быть преодолен за счет использования специалистом средств программно-аппаратной диагностики. Данный доклад посвящен обзору комплекса «НС-Психотест» от компании

«Нейрософт» и возможности его использования в практической работе педагога-психолога, работающего с детьми школьного возраста.

Программно-аппаратный комплекс «НС-Психотест» представляет собой инструмент, включающий в себя множество разнообразных психологических и психофизиологических методик, которые позволяют реализовать многоуровневый подход в решении практических задач диагностики [7, с. 10].

Работая с комплексом, специалист может использовать как отдельно программную часть, так и совместно программную и аппаратную. Использование программной части позволяет специалисту автоматизировать процесс обработки и интерпретации полученных результатов проводимых методик; хранить в виде баз данных и анализировать в динамике результаты диагностических обследований; создавать и применять индивидуальные базы норм для соответствующих выборок испытуемых; гибко настраивать имеющийся в программе диагностический инструментарий, исходя из сложившейся практики; проводить как индивидуальную, так и групповую диагностику. Кроме того, программа позволяет обрабатывать бланки, заполненные испытуемыми вручную на бумажных носителях. Данные, получаемые в рамках обследований, могут быть экспортированы из программы в виде электронных файлов или распечатаны.

Использование аппаратной части позволяет специалисту проводить диагностику психофизиологических показателей, выявляя информацию о свойствах и текущем функциональном состоянии центральной нервной системы; сбалансированности процессов возбуждения и торможения; подвижности ЦНС (т.е. способности испытуемого переключаться); силе нервных процессов и как следствие работоспособности; свойствах внимания и др.

Для практической работы педагога-психолога с детьми школьного возраста в программе сформирован специальный блок методик, который включает как классические тестовые методики и опросники, так и психофизиологические пробы. Блок тестовых методик довольно обширен и позволяет решать большой спектр практических задач диагностики. Для проведения регулярных



скрининговых обследований (мониторинга) с целью контроля за ходом психического развития обучающихся и определения лиц, нуждающихся в психологической помощи могут быть использованы Диагностический опросник для выявления склонности к различным формам девиантного поведения «ДАП-П», личностная шкала проявлений тревоги Дж. Тейлора (в адаптации В.Г. Норакидзе), методика Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан, модифицированный опросник для идентификации типов акцентуаций характера у подростков (МПДО), опросник «Определение нервно-психического напряжения» (т. Немчин), опросник приспособленности Х. Белла для подростков, опросник межличностных отношений (ОМО), тест-опросник по изучению личности старшеклассника Ратановой Т.А и др. Для диагностики личностного и социального развития обучающихся, выявления нарушений развития – шкала СДВГ Свенсона (Шкала SNAP-IV), тест школьной тревожности Филлипса, методика Дембо-Рубинштейн, методика САН, блок методик для экспресс-диагностики психологического здоровья детей младшего школьного возраста, заполняемые педагогом и др. Для изучения интересов, склонностей, способностей, предпосылок к одаренности-тест Амтхауэра, тест механической понятливости Беннета, корректурные пробы (тест Мюнстерберга, Кольца Ландольта и др.), матрицы Дж. Равена, Память на образы, Память на числа и др.

Проведение психофизиологической диагностики возможно как с использованием только компьютера, так и с применением дополнительного оборудования. Применение оборудования гарантирует точность измерения до 1 мс. В практической работе педагога-психолога могут быть применены различные психофизиологические пробы. Для получения информации о свойствах и текущем функциональном состоянии центральной нервной системы-ПЗМР; сбалансированности процессов возбуждения и торможения, подвижности ЦНС-КЧСМ, РДО, методика «Реакция различения»; силе нервных процессов и как следствие работоспособности – теппинг-тест; свойствах внимания-методика «Оценка внимания».

ПЗМР («Простая зрительно-моторная реакция») – психофизиологическая проба, которая позволяет оценить элементарный вид произвольной реакции человека на световые сигналы. В ходе пробы испытуемому предъявляются цветные стимулы красного цвета (сигналы могут быть также зеленого или оранжевого цветов), на которые он должен реагировать нажатием кнопки на панели зрительно-моторного анализатора (также может быть использована зрительно-моторная труба). Задача испытуемого реагировать как можно быстрее и точнее, не допуская ошибочных нажатий (ошибочными будут считаться преждевременные реакции и пропуски сигналов). Сигналы подаются случайным образом, чтобы избежать рефлексов на время, но с достаточной регулярностью для предсказуемости. Количество предъявляемых стимулов для детей-30, что является оптимальным для реализации ребенком целенаправленного действия и получения надежного результата при низких затратах времени. Результаты пробы помогают оценить работу центральной нервной системы, наличие состояния утомления, выявить патологические изменения и определить тип темперамента обследуемого.

КЧСМ («Критическая частота световых мельканий») – психофизиологическая проба в основе которой лежит оценка частоты, при которой мелькающий источник света субъективно воспринимается человеком светящимся непрерывно. Для выполнения пробы используется зрительно-моторная труба. Теоретической основой данной методики является предположение о том, что индивидуальная КЧСМ обусловлена подвижностью нервных процессов в корковом отделе зрительного анализатора в понимании подвижности как быстроты возникновения и исчезновения нервных процессов возбуждения и торможения [7, с. 20]. Диапазон частоты предъявляемых сигналов от 10 до 70 Гц, дискретность световых мельканий – 2 Гц. По результатам обследования вычисляется средняя индивидуальная КЧСМ отдельно на слияние, различение и по обеим сериям. Существуют дифференцированные по возрастным группам нормы. Результаты методики помогают выявить сенсорную асимметрию, оценить состояние и

тип нервной системы обследуемого, при этом острота зрения не влияет на результаты.

Методика РДО («Реакция на движущийся объект») – психофизиологическая проба, в основе которой лежит оценка сложной сенсомоторной реакции, т.е. произвольного типа реакции, включающего в себя сенсорный, моторный периоды и период обработки сенсорного сигнала центральной нервной системой. Для выполнения пробы используется зрительно-моторный анализатор. В ходе пробы на экране монитора испытуемому предъявляется окружность, на которой имеются две отметки (положение отметок меняется случайным образом от пробы к пробе). От одной отметки к другой по окружности движется заливка. Задача испытуемого как можно точнее остановить заливку на второй отметке. Учитывается скорость реакции, ее своевременность и точность. По результатам пробы можно оценить уравновешенность нервных процессов центральной нервной системы, работоспособность.

Низкие значения скорости реакции и большое количество ошибок у детей по сравнению со средними показателями для своего возраста могут указывать на задержку в психическом развитии. Отклонения от нормы могут быть связаны с критическим периодом развития, задержкой развития, неврологическими заболеваниями (детская невропатия, гиперактивность и др.) или социально-психологической дезадаптацией ребенка.

Теппинг-тест – методика, позволяющая оценить силу нервных процессов путем измерения динамики темпа движений кисти (методика Е.П. Ильина). В свою очередь, сила нервных процессов является показателем работоспособности-при слабом типе нервной системы утомление возникает быстрее, чем при сильной. Проба проводится с использованием специального оборудования: «карандаша» и резиновой «платформы». Задача испытуемого в течении заданного времени ударять по платформе с максимально возможной частотой. Время классической пробы – 30 секунд. Пробу можно использовать с детьми старше 7 лет. Интерпретация результатов теппинг-теста осуществляется на основе анализа кривой, построение которой производится путем подсчета коли-

чества движений, осуществленных обследуемым в каждом из пятисекундных интервалов обследования.

Методика «Оценка внимания» – психофизиологическая диагностика концентрации и устойчивости внимания. Для выполнения пробы используется зрительно-моторный анализатор. Испытуемому предъявляются зрительные стимулы на экране монитора, в ответ на которые он должен реагировать нажатием на кнопку на панели зрительно-моторного анализатора. Учитывается скорость и точность реакции. Рекомендуемое число предъявляемых сигналов в одном обследовании: для детей – 30. По результатам диагностики определяются показатели концентрации и устойчивости внимания [7, с. 34]. Методика может применяться в детской психофизиологической диагностике с целью выявления дефицита внимания у гиперактивных детей.

Описание опыта практического применения комплекса «НС-Психотест» в практической работе педагога-психолога и психолога, работающего с детской популяцией, нашло отражение в ряде научных публикаций и сборниках статей. Использование комплекса для работы с детьми-спортсменами нашло отражение в статьях В.В. Мезенцева [8], Т.А. Облецовоой [12], С.А. Моторкина [11], А.З. Минуллина [9] и др.

Использование «НС-Психотест» для психолого-педагогической оценки образовательной среды отражено в работе В.Р. Кучмы [5].

Применение комплекса для работы с детьми с ОВЗ нашло отражение в публикациях Д.В. Федуловой [14], О.В. Ларионовой [6], М.С. Калугиной [4] и др.

Подводя итог, мы можем говорить о том, что использование средств программно-аппаратной диагностики в качестве диагностического инструментария может способствовать успешному выполнению педагогом-психологом его трудовых функций. Программно-аппаратный комплекс «НС-Психотест» содержит обширный набор как психологических, так и психофизиологических методик, которые могут быть применены в практике. Успешный опыт работы с данным комплексом нашел отражение в ряде научных публикаций.

## Список литературы

1. Долгова, В.И. Диагностико–аналитическая деятельность педагога-психолога на разных ступенях общего образования / Долгова В.И., Рокицкая Ю.А//Учебник. – М.: Издательство ПЕРО, 2016. – 223 с.
2. Истратова, О.Н. Справочник психолога начальной школы / О.Н. Истратова, Т.В. Эксакусто. – Издание 4-е. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. – 442 с.: ил. –(Справочник).
3. Истратова, О.Н. Справочник психолога средней школы / О.Н. Истратова, Т.В. Эксакусто. – Изд. 6-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2010.
4. Калугина М.С., Сидорович О.В. Оценка психофизиологического статуса у детей с дискинезией желчевыводящих путей по гипотоническому типу // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2013. – Т. 3. – №. 2. – С. 315.
5. Кучма В.Р., Саньков С.В., Барсукова Н.К. Гигиеническая оценка шрифтового оформления электронных текстов, предъявляемых на ноутбуке // Гигиена и санитария. – 2019. – Т. 98. – №. 12. – С. 1402–1407.
6. Ларионова О.В. Функциональное состояние зрительного анализатора и характерологические особенности детей младшего школьного возраста с ортофорией и гетеротропией // Проблемы здоровья и экологии. – 2022. – Т. 19. – №. 4. – С. 73–80.
7. Мантрова, И.Н. Методическое руководство по психофизиологической и психологической диагностике / И.Н. Мантрова. – Иваново, 2007. – 216 с.
8. Мезенцев В.В. Динамика изменения показателей психомоторных способностей юных хоккеистов в хоккее с мячом на этапах многолетней подготовки // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2017. – №. 12 (154). – С. 182–184.
9. Минуллин А.З. Формирование психофизиологической устойчивости боксеров-перворазрядников // Вестник Южно-Уральского государственного гуманитарно-педагогического университета. – 2012. – № 5. – С. 326–333.
10. Миронова, Е.Е. Сборник психологических тестов. Часть II: Пособие / Сост. Е.Е. Миронова – Мн.: Женский институт ЭНВИЛА, 2006.
11. Моторкин С.А., Разумова С.Ю. Эффективность программы психолого-педагогического сопровождения тренировочной деятельности юных боксеров на этапе спортивного // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2022. – № 1 (203). – С. 251–255.

12. Облецова Т.А. Анализ психофизиологических характеристик юных баскетболистов, тренировавшихся по традиционной и экспериментальной программам // Наука и спорт: современные тенденции. – 2019. – Т. 25. – №. 4. – С. 51–57.

13. Стребелева, Е.А. Диагностика познавательного развития / Е.А. Стребелева, С.Б. Лазуренко, А.В. Закрепина // Диагностическое пособие. – М.: Просвещение, 2021. – 200 с.

14. Федулова Д.В. Анализ особенностей нервной системы школьников-спортсменов с умственной отсталостью через психомоторные показатели // Известия Тульского государственного университета. Физическая культура. Спорт. – 2022. – №. 8. – С. 110.

***БАСОВА АННА ЯНОВНА***

к. мед. наук, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии  
ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ, заместитель  
директора по науке ГБУЗ «Научно-практический центр психического  
здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ г. Москвы,  
г. Москва, РФ  
dr.anna.basova@gmail.com

***РАЗВАЛЯЕВА АННА ЮРЬЕВНА***

к. психол. наук, научный сотрудник лаборатории психологии  
познавательных процессов и математической психологии,  
Институт психологии Российской академии наук, г. Москва, РФ  
annraz@rambler.ru

***ПОЛЬСКАЯ НАТАЛИЯ АНАТОЛЬЕВНА***

д. психол. наук, профессор кафедры клинической психологии  
и психотерапии, Московский государственный психолого-  
педагогический университет; ведущий научный сотрудник,  
ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей  
и подростков им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ г. Москвы, г. Москва, РФ  
polskayana@yandex.ru

**БЛИЦ-ОПРОСНИК СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА  
У ПОДРОСТКОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ ВАЛИДИЗАЦИИ  
НА КЛИНИЧЕСКОЙ ВЫБОРКЕ**

**Аннотация.** Представлены результаты первичной валидации Блиц-опросника суицидального риска у подростков. Блиц-опросник включает в себя 6 пунктов с выбором ответов по дихотомической шкале да/нет. Психометрическая проверка опросника проводилась на выборке подростков (N=114, 94 девочки и 20 мальчиков, 10–17 лет), госпитализированных с суицидальной попыткой в стационар Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой г. Москвы. Опросник показал удовлетворительные психометрические характеристики, позволяющие использовать его в клинических исследованиях.

**Ключевые слова:** подростки, суицидальное поведение, блиц-опросник суицидального риска.

*Введение.* Предотвращение суицидов детей и подростков представляет собой одну из актуальных проблем современного общества. Поэтому так необходима разработка методик диагностики суицидального риска, особенно, если речь идет о выявлении суицидальных намерений в подростковом возрасте – периоде психоэмоциональной нестабильности и обостренной восприимчивости в межличностных отношениях.

Несмотря на то, что шкалы и опросники суицидального риска широко представлены в научной литературе, существуют проблемы с их использованием в качестве прогностических инструментов. Отмечается дефицит шкал, адаптированных и валидизированных на подростковых выборках (особенно, если речь идет о младших подростках). При этом исследователи суицидального поведения рекомендуют проводить универсальный скрининг суицидальной идеации и разрабатывать протоколы действий медицинского персонала в случае суицидального риска [8; 12].

В целом, необходимость выбора наиболее оптимальных и надежных методик связана с большим числом используемых исследователями и клиницистами инструментов. Только в Великобритании применяется двадцать различных методик, при этом многие из них разрабатывались локально, их прогностическая валидность неясна, а предлагаемые вопросы могут не учитывать важных факторов риска самоповреждения [10; 14]. Методики могут обладать удовлетворительной прогностической валидностью, но не подходить для использования в клинике (например, в отделении скорой помощи), как, например, компьютеризированные методики оценки риска самоповреждения и суицидальных попыток [15]. Следует также отметить, что в ряде исследований не проводится разграничения между несуйцидальными самоповреждениями и суицидальными попытками, поэтому нельзя исключить, что шкалы могут лучше предсказывать, например, несуйцидальные самоповреждения, чем суицидальные попытки.

Проведенный нами ранее систематический обзор систематических обзоров по методикам оценки риска суицидального поведения, выявил 10 работ, включавших выборки подростков (исключительно или вместе с другими возрастными группами), и позволил обобщить показатели прогностической валидности



18 методик [4]. Методики разного типа продемонстрировали различные недостатки: так, компьютеризированные методики (имплицитные ассоциативные тесты) не обладают достаточной прогностической валидностью на подростковых выборках; опросники для диагностики риска самоповреждений, скрининговые вопросы и краткие методики самоотчета большей частью показали несбалансированную чувствительность и специфичность; опросники на диагностику депрессии и безнадежности вносили значимый, но слишком небольшой вклад в последующее суицидальное поведение. Наилучшей клинической методикой оказалась Колумбийская шкала тяжести суицида (Columbia-Suicide Severity Rating Scale – чувствительность и специфичность достигают 100%) [13], а краткой методикой самоотчета – Шкала ожидаемого суицидального риска (Self-Assessed Expectations of Suicide Risk Scale), где подростки напрямую оценивают риск последующего суицидального поведения [9].

Таким образом, на настоящий момент большинство методик оценки риска суицида страдают от проблем с прогностической валидностью – происходит либо переоценка, либо недооценка риска последующего вреда себе. Использование этих методик в практических и научных целях ослабляется рядом факторов. Во-первых, многие скрининговые и краткие методики еще не накопили достаточно данных о валидности, так как используются в единичных исследованиях. Во-вторых, до сих пор, оценивая суицидальный риск, сложно дифференцировать вероятность несуйцидальных самоповреждений от суицидальных намерений и попыток [2; 3], а это необходимо, так как речь идет о разной мотивации (при несуйцидальных самоповреждениях – снижение интенсивности эмоциональной боли, при суицидальных попытках – прекращение жизни), что определяет модель лечения. В-третьих, чрезвычайно мало методик оценки суицидального риска у подростков, которые можно было бы рекомендовать в качестве надежного инструмента не только для клинических, но и популяционных исследований, а также для практического использования врачами общей практики, работающими с подростками. Методики, которые сегодня используются, нередко трудоемкие в проведении и обработке, тогда как оценка суицидального риска

требует лаконичных, простых в использовании и быстрых в обработке шкал, позволяющих оперативно выявить подростка с высоким суицидальным риском.

В качестве такой шкалы может быть предложен «Блиц-опрос суицидального риска». Шкала разработана на базе Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой (Москва) и включает шесть пунктов. Три пункта относятся к мыслям, планам и намерениям/попыткам умереть, которые подросток мог переживать за последние три месяца; еще три пункта относятся к несуйцидальным самоповреждениям и суицидальным попыткам в прошлом, а также суицидальному намерению на момент обследования. На основании ответов может быть определена степень суицидального риска. Шкала прошла этап первичной апробации. В данной статье представлены результаты ее психометрической проверки.

*Метод. Выборка.* Первоначальная выборка составляла 167 пациентов стационара Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой г. Москвы. Для анализа данных были отобраны 114 участников исследования, из них 94 девочек и 20 мальчиков в возрасте от 10 до 17 лет ( $M=14,29\pm 1,66$ ). Критериями исключения выступили диагнозы, связанные с нарушениями развития и сознания (шизофрения, психоз, умственная отсталость, аутизм). Остальные диагнозы были распределены следующим образом: расстройства настроения –  $n=61$ , расстройства пищевого поведения и расстройства настроения –  $n=41$ , реакция на тяжелый стресс –  $n=7$ , нервная анорексия – 4, обсессивно-компульсивное расстройство – 1.

Этнический состав выборки: 101 испытуемый – русские, 5 – представители славянских народов, 8 – представители восточных народов. Кроме одной участницы из Армении, все были рождены в России (92 респондента – из Москвы и Московской области).

Распределение по экономическому положению: два респондента определили уровень доходов своей семьи как низкий, 23 – ниже среднего, 81 – средний и 8 – как высокий. 56 респондентов проживали с обоими родными родителями, 39 – с одним родителем, 8 – в семье с приемным родителем, 4 – в приемной семье, 6 – с родственниками, и 1 – в детском учреждении.

*Методики.* Блиц-опросник включает в себя 6 пунктов с выбором ответов по дихотомической шкале да/нет и направлен на экспресс-диагностику суицидального риска у подростков.

Для проверки конвергентной валидности использовались следующие методики (к каждой методике указаны результаты проверки ее надежности на нашей выборке).

Колумбийская шкала оценки тяжести суицида [5; 13] – позволяет оценить суицидальные намерения, планы и суицидальное поведение. В данном случае пункты шкалы рассматривались отдельно, общий балл не подсчитывался.

1) Шкала безнадежности Бека [1; 6] измеряет негативное отношение к субъективному будущему у взрослых и подростков. На данной выборке показатель Кудера-Ричардсона-20 для проверки надежности шкал, использующих дихотомические ответы – 0,93.

2) Шкала депрессии Бека для подростков [17] предназначена для диагностики депрессивных состояний. На данной выборке показатель надежности (альфа Кронбаха) – 0,95.

3) Шкала суицидальных мыслей Бека [7] направлена на оценку интенсивности намерений, поведения и планирования суицида среди пациентов с психическими заболеваниями. Подсчитывался общий показатель (альфа Кронбаха – 0,92).

Анализ данных. Данные были проанализированы в R ver. 4.1.2, с применением пакетов lavaan 0.6-12 [16] для конфирматорного факторного анализа.

*Результаты. Факторная структура Блиц-опросника.* Факторная структура проверялась с помощью конфирматорного факторного анализа; при этом пункты шкалы задавались как качественные переменные и использовался метод диагонально взвешенных наименьших квадратов (DWLS; diagonally-weighted least squares). С учетом того, что RMSEA на малых выборках и в моделях с небольшим количеством степеней свободы дает завышенные значения [11], однофакторная модель показала удовлетворительные показатели пригодности данным:  $\chi^2=15,64$ ,  $df=9$ ,  $p=0,08$ ; CFI=0,981; RMSEA=0,081; 90% CI – 0–0,146;  $p = 0,2$ .

*Внутренняя согласованность Блиц-опросника.* Так как ответы в Блиц-опроснике давались по дихотомической шкале (да-нет),

внутренняя согласованность общей шкалы подсчитывалась по формуле Кудера-Ричардсона-20 [18], и составила приемлемое значение 0,70.

*Конвергентная валидность Блиц-опросника.* Блиц-опросник показал значимые связи со шкалами депрессии, безнадежности и суицидального мышления (табл. 1).

Таблица 1

**Связи общей шкалы Блиц-опросника с суицидальным мышлением (n=108), депрессией (n=106) и безнадежностью (n=102) (корреляции Спирмена)**

	1	2	3
1. Блиц-опросник суицидального риска	1***		
2. Депрессия	0,5***	1***	
3. Безнадежность	0,47***	0,84***	1***
4. Суицидальное мышление	0,58***	0,67***	0,69***

Для подсчета связей между общей шкалой Блиц-опросника и вопросами из Колумбийского интервью использовался корреляционный анализ Спирмена и точно-бисериальные коэффициенты для дихотомических шкал. Уровень значимости приводится с учетом поправки на множественные сравнения Холма-Бонферрони (табл. 2).

Таблица 2

**Связи общей шкалы Блиц-опросника с отдельными пунктами С-SSRS**

Показатели	Блиц (сумма)
<i>Суицидальные идеи (точно-бисериальные коэффициенты)</i>	
Желание умереть	0,33
Активные неспецифические мысли о самоубийстве	0,50***
Актуальные суицидные идеи, при отсутствии намерения действовать	0,26
Актуальные суицидные идеи, включая некоторое намерение действовать при отсутствии конкретного плана	0,27

Актуальные суицидные идеи с конкретным планом и намерением	0,41*
<i>Интенсивность суицидальных идей (коэффициенты Спирмена)</i>	
Частота	0,32*
Продолжительность	0,25
Контролируемость	0,16
Сдерживающие факторы	0,27
Основания суицидных идей	0,11
<i>Суицидальное поведение (точечно-бисериальные коэффициенты)</i>	
Истинная попытка самоубийства	0,52***
Прерванная попытка самоубийства	0,53***
Остановленная попытка самоубийства	0,14
Подготовительные действия или поведение	0,46***
Суицидальное поведение во время периода наблюдения	0,07
<i>Истинные попытки самоубийства (коэффициенты Спирмена)</i>	
Реальная опасность / ущерб здоровью	0,13
Потенциальная опасность	0,37**

Как видно из табл. 2 Блиц-опросник показал значимые связи с активными неспецифическими мыслями о самоубийстве, актуальными суицидными идеями с конкретным планом и намерением, частотой суицидальных идей/попыток, включая подготовительные действия/поведение и потенциальную опасность.

*Различия по Блиц-опроснику и параметрам суицидального мышления, безнадежности и депрессии между подгруппами подростков в зависимости от наличия/отсутствия суицидальной попытки.* При проверке различий по Блиц-опроснику и параметрам суицидального мышления, безнадежности и депрессии между подгруппами подростков в зависимости от наличия/отсутствия суицидальной попытки значимо более высокие показатели оказались у тех, кто совершил суицидальную попытку (табл. 3).

Таблица 3

**Значимые различия между подростками с наличием/отсутствием суицидальной попытки по Блиц-опроснику и параметрам суицидального мышления, безнадежности и депрессии (N=108)**

Показатели	Суицидальная попытка	Средний ранг	U Манна-Уитни	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Суицидальное мышление	Нет (N=37)	37,53	685,50	0,000
	Да (N=71)	63,35		
Безнадежность	Нет (N=35)	41,17	811,00	0,008
	Да (N=68)	57,57		
Депрессия	Нет (N=35)	39,49	752,00	0,001
	Да (N=72)	61,06		
Блиц_сумма	Нет (N=37)	26,24	268,00	0,000
	Да	69,23		

*Выводы.* Таким образом Блиц-опросник суицидального риска показал удовлетворительные психометрические характеристики и может быть рекомендован для использования в клинических исследованиях. Дальнейшая работа по адаптации опросника будет включать проверку его прогностической валидности (чувствительности, специфичности, положительной и отрицательной прогностической значимости).

### Список литературы

1. Горбатков А.А. Шкала надежды и безнадежности для подростков: некоторые аспекты валидности // Психологическая наука и образование. 2002. № 3. С. 89–103.
2. Польская Н.А. Самоповреждающее поведение в клинической практике // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2011. № 2. С. 4–8.
3. Польская Н.А., Разваляева А.Ю. Основы диагностики и профилактики самоповреждающего поведения. – М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2022. – 220 с.

4. Разваляева А.Ю., Польская Н.А., Басова А.Я. Методики оценки риска суицидального поведения в подростковом возрасте: систематический обзор систематических обзоров // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 2. С. 33–67.
5. Цукарзи Э.Э. Суицид: оценка рисков и первая помощь // Современная терапия психических расстройств. 2011. № 2. С. 30–39.
6. Beck A.T., Steer R.A. Manual for the Beck Hopelessness Scale. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1988.
7. Beck A.T., Steer R.A. Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1991.
8. Cervantes P.E., Seag D.E., Baroni A., et al. Universal suicide risk screening for youths in the emergency department: a systematic review // Psychiatric Services. 2022. Vol. 73 (1). P. 53–63.
9. Czyn E.K., Horwitz A.G., King C.A. Self-Rated expectations of suicidal behavior predict future suicide attempts among adolescent and young adult psychiatric emergency patients // Depression and Anxiety. 2016. Vol. 33. P. 512–519.
10. Harris I.M., Beese S., Moore D. Predicting future self-harm or suicide in adolescents: a systematic review of risk assessment scales/tools // BMJ Open. 2019. Vol. 9 (9). P. e029311.
11. Kenny D.A., Kaniskan B., McCoach D.B. The Performance of RMSEA in Models With Small Degrees of Freedom // Sociological Methods & Research. 2015. Vol. 44(3). P. 486–507.
12. Newton A.S., Soleimani A., Kirkland S.W., et al. A systematic review of instruments to identify mental health and substance use problems among children in the emergency department // Academic Emergency Medicine. 2017. Vol. 24 (5). P. 552–568.
13. Posner K., Brown G.K., Stanley B., et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults // American Journal of Psychiatry. 2011. Vol. 168. P. 1266–1277.
14. Quinlivan L., Cooper J., Davies L., Hawton K., Gunnell D., Kapur N. Which are the most useful scales for predicting repeat self-harm? A systematic review evaluating risk scales using measures of diagnostic accuracy // BMJ Open. 2016. Vol. 6. P. e009297.
15. Randall J.R., Colman I., Rowe B.H. A systematic review of psychometric assessment of self-harm risk in the emergency department // Journal of Affective Disorders. 2011. Vol. 134. P. 348–355.
16. Rosseel Y. lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. Journal of Statistical Software. 2012. Vol. 48(2). P. 1–36.

17. Steer R.A., Kumar G., Ranieri W.F., Beck A.T. Use of the Beck Depression Inventory-II with adolescent psychiatric outpatients // Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 1998. Vol. 20. P. 127–137.

18. Zhang S., Kwon S. R Programming for Psychometrics. 2022. URL: [https://bookdown.org/sz\\_psyc490/r4psychometrics/](https://bookdown.org/sz_psyc490/r4psychometrics/) (дата обращения: 16.03.2023).



УДК 159.99

**БАТАШЕВА ВЕРА ВЯЧЕСЛАВОВНА**

музыкальный руководитель,  
МБДОУ «Детский сад № 114» г. Чебоксары Чувашской Республики, РФ  
lilnik18@mail.ru

**ВЕТЛОВА ТАТЬЯНА НИКОЛАЕВНА**

музыкальный руководитель,  
МБДОУ «Детский сад № 114» г. Чебоксары Чувашской Республики, РФ  
lilnik18@mail.ru

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ МУЗЫКОТЕРАПИИ  
КАК МЕТОДА АРТ-ТЕРАПИИ  
В РАБОТЕ С ДОШКОЛЬНИКАМИ**

**Аннотация.** В статье рассматриваются вопросы из истории музыкотерапии, а также музыкального воспитания дошкольников с ограниченными возможностями здоровья. Особое внимание уделено вопросам музыкотерапии в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

**Ключевые слова:** музыкотерапия, арт-терапия, история музыкотерапии, дети с ограниченными возможностями здоровья, коррекционная работа, музыкальные занятия.

Одним из видов арт-терапии является музыкотерапия. В ней в качестве основного лекарства применяется музыка. Именно специалист решает, как собственно лечиться человеку. Либо он подбирает для него мелодии для прослушивания, а может исполнения на музыкальном инструменте или вокальную партию. Важнейшее задание арт-терапии заключается в формировании самовыражения и самопознания дошкольника. То есть арт-терапия может прийти на помощь ребенку, научит его мыслить, научит жить в согласии с собой и другими людьми, узнавать мир вокруг себя и тем самым обрести решительность. Музыкотерапия – это особенная работа с дошкольниками, которая дает возможность действовать активно ребенку, справляться с неблагоприятными указаниями и взглядами, совершенствовать внутренний мир. Роль музыкотерапии в наши дни сложно уменьшить. Ведь как раз при

ее помощи можно найти подход к ребёнку, познать его внутренний мир, выстроить с ним хорошие отношения. К сожалению, музыкотерапия стала редко использоваться практикующими психологами, но так было не всегда. Ещё в 1913 г. В.М. Бехтерев организовал «Общество для выяснения лечебно-воспитательного значения музыки и ее гигиены». Новости о воздействии музыки на физиологию человека стали прибывать отовсюду.

Отмечают влияние музыки на сердечно-сосудистую систему: в том случае, если музыка, которую человек слушает ему нравится, то его пульс становится медленнее, быстрее сокращается сердце и кровеносные сосуды расширяются, артериальное давление нормализуется. Музыка также может влиять на мышцы, их тонус и на холестерин обмен. Также известно, что расположение духа, приходящее во время слушания музыки очень персонально, и зависит от многих факторов, от способности воспринимать, уровня музыкальной подготовки, и даже от умственных способностей. Л.С. Выготский писал, что «художественное наслаждение» – не есть чистая рецепция, но требует высочайшей деятельности психики. «Мучительные и неприятные аффекты при этом подвергаются некоторому разряду, уничтожению, превращению в противоположные...и ...искусство становится сильнейшим средством для наиболее целесообразных и важных разрядов нервной энергии».

Сейчас музыкотерапия в России лишь только начинает свое развитие, а за границей в 1950 г. основана Национальная ассоциация музыкальной терапии. В статье С.В. Шушарджана еще в 2000 г. написано, что зарубежом «более 100 университетов и колледжей предлагают курсы, по окончании которых студенты получают степень бакалавра, магистра или доктора». Также он пишет о надобности формирования своей системы подготовки людей в области музыкотерапии. И в 1993 г. в Москве появляется Первый Научно-исследовательский институт музыкальной терапии и традиционной медицины. Благодаря усердию С.В. Шушарджана в 1999 году в Москве начинает действовать учебная программа по лечебной музыкотерапии, правда в рамках последипломного усовершенствования врачей. А в 2003 г. – Министерством здравоохранения РФ появляется пособие «Методы музы-

кальной терапии» под редакцией С.В. Шушарджана и А.Н. Разумова. В 2008 г. – у нас России уже есть Национальная Ассоциация Музыкальных Терапевтов. И в 2013 г. на основании работ С.В. Шушарджана появляется новейшее научное течение, которое называется клеточной акустикой.

В настоящее время все больше специалистов (медики, психологи, педагоги) пришли ко мнению о том, что музыка может возместить духовный мир, изменить к лучшему здоровье человека. Примечательно то, что появился большой интерес к тому, как влияет музыка на ребенка с особыми образовательными потребностями.

Отечественные дефектологи, действующие в этом направлении, не раз подтверждали, что музыка является важным компонентом в коррекционной работе с такими детьми и может касаться нескольких аспектов влияния, таких как психосоматическое, психотерапевтическое и психокоррекционное.

С ребенком с ограниченными возможностями здоровья трудно общаться, а найти подход к его душе еще сложнее. Ведь музыкальное воспитание у нас в детском саду, как и в других детских садах является частью общей системы обучения и воспитания детей с ОВЗ, и имеет помимо общеразвивающей, коррекционную направленность. И только с поддержкой музыкотерапии наступает исправление функций, которые нарушены у ребенка, у нас появляется возможность приобщить маленького человека к разным занятиям, развивать интерес к музыке, музыкальные способности, общительность, потому что именно музыка помогает детям, захватывает своим настроением. Лучше всего музыкотерапия помогает ребятам с нарушениями речи. Фонетические звуки, используемые в различных песнях, попевках, дают возможность изучению навыков правильного произношения.

Каждому ребенку с ОВЗ очень важны музыкальные занятия, потому что они разрешают выявить лучшие стороны малыша и показать себя, научиться постигать и любить музыку, даже принимать участие в концертной деятельности. Занятия музыкой дают ребенку ОВЗ возможность быть принятыми в обществе без всяких условий, разрешают ощущать себя легко, выражать свою индивидуальность. То есть музыкальные занятия играют положи-

тельную роль в улучшении не только физического, но и морального состояния детей с ОВЗ, исправлению недостатков в эмоциональной сфере, созданию душевного равновесия.

На музыкальных занятиях важна атмосфера, созданная специальным качеством взаимодействия одинаковых партнеров – детей и педагога с помощью музыки. Все это делается, конечно, в игровой форме. Введение всевозможных игровых приемов очень значимо, потому что игра является основной формой деятельности детей. Именно в играх у ребят вырабатываются чуткость, отзывчивость, зоркий глаз, креативность, ребята обучаются сотрудничеству друг с другом и становится ниже психическое напряжение. Каждому ребенку необходимо поощрение. Самым результативным, а иногда и просто единственным методом работы с детьми, является игра. Употребление игровых приёмов во время занятий разрешает протягивать руку помощи ребенку, поддерживать его интерес к музыке. Максимальный эффект в работе с детьми дают музыкальные развивающие игры (игры под пение, игры с музыкальными инструментами и различными предметами, пальчиковые игры).

Важным методом в музыкальном воспитании детей с ОВЗ являются праздники и развлечения. В этот период у ребят наблюдается высокий эмоциональный подъем. Ожидание этих событий усиливают все чувства детей, и это делает коррекционно-воспитательную работу более эффективной.

Неплохие итоги определяются при использовании музыкотерапии в работе с людьми с афазией, то есть с речевой дисфункцией. Применение музыки в коррекционно-развивающем сопровождении людей с речевыми нарушениями дает возможность восстановить разнообразные сферы, и это поддерживает в последующей удачной реабилитации детей с речевой патологией.

При подборе необходимых материалов для праздников и развлечений учитывается во-первых – возраст детей, во-вторых – уровень речевого развития и обязательно индивидуальные особенности ребёнка. Каждому ребенку мы даём возможность выступить на празднике и показать свои успехи, чтобы ощутить себя артистом.

У нас у всех разные возможности. Порой ограничения накладываются природой, но это не означает, что шансов быть счастливыми у детей с ограниченными возможностями, нет. Мы надеемся, что духовная сила, вера в себя может одержать победу над любыми недугами. Пусть такие дошкольники всё делают не так значительно и ритмично, как здоровые, но они делают, они поют, играют, они, главное, получают от этого удовольствие, то есть они взаимодействуют со своими сверстниками.

### Список литературы

1 Алабушева, Н.П. Музыкотерапия: История и факты [Электронный ресурс] // Научное сообщество студентов XXI столетия. Гуманитарные науки: сб. ст. по мат. XV междунар. студ. науч.-практ. конф. № 15. Режим доступа: [http://sibac.info/archive/guman/9\(12\).pdf](http://sibac.info/archive/guman/9(12).pdf)

2 Брусиловский, Л.С. Музыкотерапия / Л.С. Брусиловский // Руководство по психотерапии под ред. проф. В.Е. Рожнова. – 3-е изд., доп. и перераб. – Т.: Медицина, 1985. – 719 с.

3 Колягина, В.Г. Музыкотерапия в специальном образовании: Учебно-методическое пособие. – М.: Прометей, 2019.

4 Королькова, Е.А. Музыкальное занятие как средство коррекционного развития при обучении и воспитании детей с ограниченными возможностями здоровья // Инновационные педагогические технологии: материалы IV Междунар. науч. конф. – Казань: Бук, 2016. – С. 87–90.

5 Музыкальное воспитание детей с проблемами в развитии / Под ред. Е.А. Медведевой. – М.: Издательский центр «Академия», 2002.

6 Скрыпник И. Логоритмические занятия // Дошкольное воспитание. – 1996. – № 5–9.

7 Шушарджан, С.В. Шушарджан, Р.С. От эмпирики до науки – становление музыкальной терапии [Электронный ресурс] / С.В. Шушарджан, Р.С. Шушарджан // Материалы к конференции «Арт-терапия как фактор формирования социального здоровья» 25 апреля – 25 декабря 2015 г. – [http://kazgik.ru/kcontent/main/conference\\_competition/electronic\\_conferences/materialy-k-konferentsii-art-terapiya/9\\_4.pdf](http://kazgik.ru/kcontent/main/conference_competition/electronic_conferences/materialy-k-konferentsii-art-terapiya/9_4.pdf)

**БЕЛОКОНЬ ЕЛЕНА ГЕОРГИЕВНА**

практический психолог, куратор исследования «Миопия»  
научного центра «Псидваноль», г. Москва, РФ.

**ФИЛЯЕВ МИХАИЛ АНАТОЛЬЕВИЧ**

клинический психолог, гипнотерапевт, к. филос. н. (PhD),  
действительный член ОППЛ, автор метода психосоматической  
коррекции симптома «Метод PSY2.0»,  
г. Москва, РФ

**ВИНОГРАДОВА ЕКАТЕРИНА ЛЬВОВНА**

клинический психолог, к. психол. н., научный руководитель  
научного центра «Псидваноль», действительный член ОППЛ,  
г. Нижний Новгород, РФ  
vinogradova@psy20.science

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЮДЕЙ  
С БЛИЗУРОКОСТЬЮ, РАБОТА  
С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ КОМПОНЕНТОМ  
ПО МЕТОДИКЕ PSY2.0**

**Аннотация.** Миопия (близорукость) – наиболее часто встречающаяся патология зрения, развитие которой зависит от многих факторов, прежде всего от генотипа индивида и образа жизни, включая роль стресса и психики. Актуальность исследований в этом направлении обусловлена важностью выявить психологические особенности человека с близорукостью, чтобы в дальнейшем получить возможность влиять на психосоматический компонент, отслеживая результаты в динамике. Авторами статьи приводятся результаты практического исследования (с применением авторского протокола психологического консультирования по методике PSY2.0), согласно которому обнаружены прямые корреляции стрессового состояния, негативных эмоций и определённых эмоциональных негативных паттернов с ухудшением зрения. На базе полученных данных составлен психологический «портрет» человека с миопией, обозначен перечень возможных психологических причин и психосоматических конфликтов, влияющих на возникновение и прогрессирование близорукости.

**Ключевые слова:** миопия, близорукость, методика PSY2.0, психосоматика.

Миопия или близорукость – наиболее часто встречающаяся патология зрения, которая является одной из актуальнейших проблем в офтальмологии. Качество жизни человека с данным диагнозом существенно снижается из-за невозможности четко видеть окружающее пространство и объекты [1]. Согласно данным ВОЗ, около 2.2 млрд человек в мире имеют нарушения зрения, из которых 123 млн человек с патологией рефракции [19]. Ежегодно в России фиксируют 4,5–5 млн случаев офтальмологических заболеваний, а близорукостью страдает каждый 3–4 взрослый житель России [3, 6].

Существующие виды близорукости: врожденная патология, приобретенная, стационарная, прогрессирующая, ночная, школьная, профессиональная, ложная, осложненная. Прогрессирование миопии нередко ведет к необратимым изменениям сетчатки и ряду патологических процессов [18].

В целях профилактики и лечения миопии, как в России, так и за рубежом, используются такие методы, как: медикаментозное лечение препаратами и физиотерапевтическими методами; хирургическое вмешательство; оптическая коррекция; оптико-рефлекторные методы; физические методы воздействия [14].

Миопия относится к так называемым мультифакториальным заболеваниям, развитие которых зависит как от генотипа индивида, так и его образа жизни. [17]. В данном контексте неотъемлемую часть представляют исследования в том числе и психологических аспектов возникновения близорукости. Актуальность в этом направлении обусловлена важностью выявить психологические особенности человека с близорукостью, чтобы в дальнейшем получить возможность влиять на психосоматический компонент, отслеживая результаты в динамике.

Примечательным фактом является то, что миопия чаще всего развивается в школьном возрасте и либо прогрессирует с годами, либо остается на прежнем уровне. Чем раньше начинает прогрессировать близорукость у ребенка, тем выше риск ее злокачественного течения. Как следствие, риск развития миопии высокой степени тяжести, уменьшается с возрастом [6]. Прогрессирование близорукости наиболее распространено в подростковом и юно-

шеском возрасте [8]. Таким образом, важно уделить пристальное внимание изучению факторов, в том числе психологических, влияющих на развитие миопии именно в детском возрасте, чтобы найти возможность для профилактики и коррекции на ранних сроках появления симптомов.

Среди основных причин развития близорукости исследователи отмечают прежде всего наследственность. Это подтверждается корреляцией между частотой развития близорукости у родителей и их детей [2]. Другими причинами принято считать внутриглазное давление, перенесенные заболевания и травмы, аккомодация, неправильная коррекция, дефокусировка, окружающая среда, интенсивные физические, умственные, эмоциональные нагрузки и стрессовые факторы [4]. Также возрастает степень влияния и социальных факторов: значительное увеличение времени, проводимом перед экранами мониторов и дисплеями, замкнутые пространства мегаполисов [6].

Обнаружено, что отрицательные эмоции вследствие стрессовых ситуаций приводят к повышению артериального давления, которое влияет на внутриглазное давление, что истощает адаптационный потенциал глаза, вызывая морфологические изменения. Длительное и чрезмерное умственное и психическое напряжение является одной из основных причин серьезных проблем со зрением у современного общества [11].

В научной литературе и медицинских статьях на сегодняшний день пока не так много можно встретить упоминаний о роли психологических аспектов близорукости или посвященных этой теме исследований, тем не менее, интерес к данной теме заметно возрастает, что также подтверждает актуальность исследований в данном направлении.

В частности, отмечается, что стресс и психологические особенности могут играть важную роль в развитии близорукости и сопутствующих ей осложнений. Так, при обследовании у пациентов с миопией часто выявляется повышенный уровень тревожности, эмоциональная неустойчивость, социальная дезадаптация. Депрессия, подавленная реакция гнева, эмоциональный стресс могут способствовать развитию спазма сосудов и снижению кровотока в головном мозге, сетчатке и зрительном нерве [16]. Заме-



чено, что пациенты с измененным психическим состоянием предрасположены к прогрессирующему течению болезни [5].

Согласно некоторым исследованиям, люди, страдающие миопией, обычно очень сильно сконцентрированы на себе, своей семье, близких друзьях, им сложно строить планы на будущее, они боятся строить прогнозы на будущее, свое мнение они считают самым правильным, а другие точки зрения даже не рассматривают, человек не хочет себя видеть настоящим, а также склонны к осуждению людей, при этом идеализируют себя. Как у детей, так и у взрослых, близорукость может возникнуть, как самозащита от проблем, которые их окружают. Таким образом, нервная система человека пытается компенсировать психологическую неустойчивость [13]. Особенности работы мозга также могут играть роль в остроте зрения. Например, мозг моделирует зрительные ощущения без какой-либо связи с тем, что в данный момент времени видят глаза. Яркие фантазии и желания порождают зрительные образы в голове, которых нет в реальной жизни и со временем, зрительная функция может снижаться, угнетаться за ненадобностью, происходит снижение остроты зрения [10].

Психосоматика глазных болезней рассматривает момент, когда человек подсознательно не хочет замечать определенные события или предметы, что становится его особенностью взгляда на жизнь [13]. То есть, когда некая информация из внешнего мира создает сильный психологический дискомфорт, человек может неосознанно отгораживаться от нее через визуальный канал восприятия. Согласно современными теориями психосоматики такое психологическое напряжение создает так называемый «конфликт визуального разделения» [9, 7].

Исследования в области клинической психологии предполагают, что психотерапевтическая работа с людьми с близорукостью, направленная на нормализацию их психоэмоционального состояния, способна оказать положительное влияние на улучшение зрительных функций, в том числе замедление или остановку процесса ухудшения зрения [12]. Психологические методы способствуют снижению уровня психологической и физиологической реакции на стресс, уменьшается тревожность, раздражительность, внутреннее беспокойство [16].

Таким образом, наряду с медицинскими методами, актуальным является изучение и разработка новых подходов в психологической коррекции состояния человека с нарушениями зрения.

В связи с этим, на базе НОЦ «Наука ПСИ 2.0 в 2022 году было организовано и реализовано экспериментальное исследование, цель которого – выявить психологические особенности у участников с диагнозом миопия (близорукость) и провести оценку эффективности применения авторского протокола психологического консультирования по методике PSY2.0 М.А. Филяева [15], с использованием лабораторных и психологических средств диагностики.

Нами были выдвинуты гипотезы о том, что у исследуемых улучшится общее психологическое состояние и снизится стрессовое восприятие определенных событий негативного характера, что может повлиять на улучшение качества жизни и способствовать остановке прогрессирования заболевания.

Материалы и методы исследования.

В исследовании приняли участие 45 человек в основной группе и 23 в контрольной, женщины и мужчины в возрасте 25–40 лет с клинически подтвержденным диагнозом миопия (диоптрии от -0,5 до -7), а также отвечающим требованиям выборки: гражданство РФ; отсутствие в анамнезе перенесенных офтальмологических операций; отсутствие системных, тяжёлых хронических, соматических и онкологических заболеваний, психиатрических диагнозов, беременности; отсутствие приёма сильнодействующих медикаментов. Выборка: однородная, сравнение средних значений показателей, одна генеральная совокупность – коэффициент ( $p < 0.05$ ).

В качестве психологического сопровождения участники основной экспериментальной группы (ОГ) получили четыре индивидуальные психологические консультации и одну групповую психотерапевтическую сессию, с интервалом в 7–10 дней, продолжительностью в среднем 60 минут каждая, которые провели специалисты-психологами методами PSY2.0.

Команда квалифицированных специалистов-психологов состояла из 20 человек, каждая сессия проводилась с разным специалистом, чтобы избежать влияния личностного фактора.

Психологический и медицинский скрининг в основной группе проводился на входе в исследование, через месяц и 6 месяцев после психологического сопровождения.

Контрольная группа (КГ) – участники с отсутствием каких-либо вмешательств, у которых медицинский и психологический скрининг проводился входе в исследование и спустя 6 месяцев.

Для выявления психологических особенностей людей с близорукостью, мы изучили клинический анамнез участников исследования и провели психодиагностику, состоящую из следующих методов: входное анкетирование, заключительные анкеты обратной связи, шкала тревоги Спилбергера-Ханина; тест на тип восприятия Ефремцева; шкала депрессии Цунга; тест Айзенка; тест качества жизни ВОЗ; а также специально разработанная для исследования анкета субъективного самовосприятия по одиннадцати параметрам (физическая активность и жизненный тонус, уровень энергии и выносливости, эмоциональная напряженность, тревожность и настороженность, ощущение радости жизни, внутреннее спокойствие, доверие к миру, четкое понимание и видение будущего, уверенность в себе, уверенность в будущем, перфекционизм).

Работа с участниками основной группы заключалась в психологическом сопровождении по авторскому протоколу по методике PSY2.0 (запатентованный метод М. Филяева). Схема протокола включала проведение четырех индивидуальных сессий и одной групповой, направленных на работу с травмирующим событием, нейтрализацию психоэмоциональной включенности и внутреннего напряжения человека, изучение психологических особенностей реагирования и изменение стратегий поведения.

Помимо этого, нами была выдвинута гипотеза о том, что, проводя психологическую работу с участниками, в том числе по всем вышеперечисленным параметрам, возможно повлиять на улучшение их самочувствия и клинических показателей. В качестве отслеживания динамики медицинских показателей были использованы данные рефрактометрии (методика диагностики зрения, измеряющая силу преломления света в глазу, позволяющая определить, насколько четко глаз человека может визуализировать удаленные предметы) и визометрии (метод диагностического ис-

следования остроты зрения), согласно заключению врача-офтальмолога. Важным условием было повторное прохождение медицинских обследований в тех же самых клиниках, чтобы избежать возможных технических различий в анализах.

*Результаты исследования.* Проведенный психологический скрининг участников на входе в исследование позволил выявить ряд психологических особенностей людей с миопией, а именно:

1). Преобладание среднего и высокого уровня тревожности, как личностной (60,3% средний уровень и 32,4% высокий, от общего количества участников ОГ и КГ), так и ситуативной (58,8% средний и 26,5% высокий). При этом подавляющее количество респондентов не склонны к депрессии или снижению настроения (показатели по шкале депрессии Цунга в обеих группах оказались в пределах нормы).

2). Повышенный уровень нейротизма, как склонность к импульсам резкого эмоционального реагирования и сильных внутренних переживаний (данные на входе от общего количества всех участников исследования – высокий уровень 38,2%, средний 29,4%).

3). Ведущий канал восприятия у большинства респондентов с близорукостью не визуальный. Так, в основной и контрольной группах выявлены следующие показатели: кинестетики – 39,7%, дигиталы – 30,9%, аудиалы – 14,7%, визуалы – 14,7%. Данный факт позволяет выдвинуть гипотезу о том, что люди со сниженным зрением активизируют другие каналы восприятия в качестве компенсации. То есть, возможно, визуальный канал и был ведущим на момент произошедших психотравмирующих ситуаций в прошлом, что доказать не представляется возможным, однако впоследствии он сменился на другой в качестве адаптации. Также можно выдвинуть гипотезу, что люди с близорукостью, у которых ведущий канал визуальный, более подвержены факту дальнейшего падения зрения, что может стать предметом изучения.

4). Особенности темперамента: преобладание типа «сангвиник» (33,8% от общего количества участников ОГ и КГ), на втором месте – меланхолики и флегматики (по 23,5%).

5). Сниженные показатели качества жизни (опросник ОКЖ ВОЗ) по аспектам: микросоциальная поддержка, самовосприятие,

состояние здоровья (субъективное), социальное, физическое и психологическое благополучие.

6). Согласно данным авторского опросника, у людей с близорукостью обнаружены сниженные показатели по физической активности и жизненному тону, уровню энергии и выносливости, ощущению радости жизни, внутреннему спокойствию, доверию к миру, четкому пониманию и видению будущего, сниженные показатели уверенности в себе и в будущем, при этом повышенный уровень перфекционизма.

7). Ряд других особенностей, выявленных в ходе анкетирования:

– случаи возникновения проблем со зрением у большинства приходится на возраст 10-20 лет (55,9% от общего количества респондентов ОГ и КГ), а также младший возраст до 10 лет (35,3% от общего количества респондентов ОГ и КГ). Случаи возникновения близорукости в возрасте старше 20 лет составляют лишь 8,8%. Это приводит к предположению, что если проводить психологическое вмешательство сразу (в течении первого года развития симптомов), то шанс повлиять на остановку прогрессирования гораздо выше, чем проработка в более позднем возрасте, когда происходит адаптация глаз к вспомогательным средствам;

– у большинства беременность матери протекала со стрессами и потрясениями (57,4% от общего количества респондентов ОГ и КГ). Это рождает предположение, что предрасположенность к диагнозу могла сформироваться и внутриутробно, а запуск симптома в виде падения зрения – при проживании эмоциональных потрясений в раннем и подростковом возрасте;

– у большинства (75% от общего количества респондентов ОГ и КГ) есть случаи проблем со зрением у кого-то из прямых ближайших родственников: родители, бабушки, дедушки, что подтверждает фактор наследственности и склонность к стратегии визуального реагирования в стрессовых ситуациях;

– наличие страхов, преобладающими из которых являются страх смерти, будущего, потеря близких и страх за детей, а также несчастных случаев. Выявленные виды страхов гипотетически могут вызывать повышенное или избыточное напряжение и стать причиной снижения зрения, если будут связаны с «конфликтом

визуального разделения» (не хочу это видеть, страшно) и могут стать предметом для психологической работы.

После проведения психологического сопровождения в основной группе, была проведена повторная психодиагностика и методобследования. В результате чего, для оценки эффективности применения метода в работе с людьми с миопией, были получены следующие данные:

1). Уровень тревожности в основной группе (ОГ) стал несколько ниже, в то время как в контрольной остался на прежнем уровне (График 1).

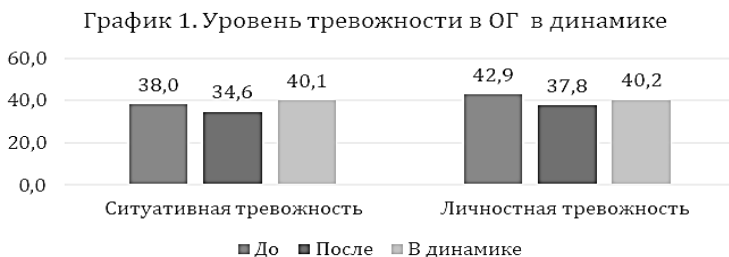


Рис. 1

2). Уровень нейротизма в основной группе стал снижаться, в то время как в контрольной группе увеличился. Экстраверсия/интроверсия без изменений. (График 2).

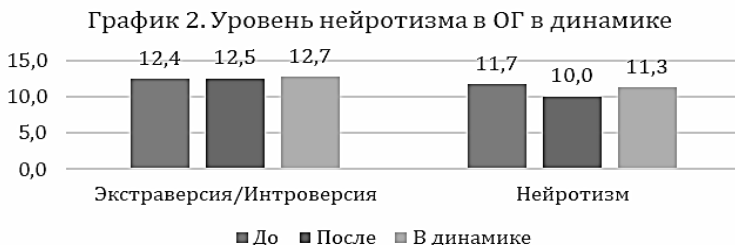


Рис. 2

3). Изменения по ведущему каналу восприятия в ОГ незначительны, однако есть некоторая тенденция к увеличению количества кинестетиков, аудиалов и визуалов, уменьшение дигиталов.

4). Несколько увеличилось количество сангвиников от общего числа участников ОГ (с 33% до 51%, в динамике до 40%) и флегматиков (с 20% до 22%, в динамике 24%), в то время как снизилось количество меланхоликов (с 27% до 18%, в динамике 22%) и холериков (с 20% до 9%, в динамике до 13%). Можно предположить, что данные респонденты за счет преобладания сангвистических черт будут более устойчивы к стрессу и менее подвержены тревожности, депрессии и невротизации. В КГ без психологического сопровождения, наоборот, отмечается снижение сангвиников и флегматиков, и увеличение холериков, за счет повышенный невротизма.

5). Согласно субъективной оценке качества жизни (ВОЗ), участники ОГ отметили некоторое повышение уровня самовосприятия и микросоциальной поддержки.

6). Данные по результатам авторского опросника самовосприятия, согласно дисперсионному анализу, показали важные статистически значимые различия в средних значениях до, после и в динамике основной группы по восьми из одиннадцати параметров. В то время как в контрольной группе, без вмешательств методами PSY2.0 подобная динамика отсутствует.

Дополнительно для результатов по данным шкалам в статистической программе SPSS был проведен тест Фридмана (непараметрический аналог дисперсионного анализа повторных измерений). В Таблице 1 приведены данные по среднему рангу до вмешательства, после (через месяц) и в динамике (через 6 месяцев), где очевидны тенденции к значимым положительным изменениям показателей в основной группе (ОГ).

Таким образом, результаты проведенного корреляционного анализа показывают эффективность психологического воздействия авторского протокола психологического сопровождения по методике PSY2.0 в консультировании людей с миопией. После цикла консультаций есть тенденция к улучшению показателей качества жизни и психоэмоционального состояния на фоне снижения уровня тревоги и депрессии. Обнаружено множество об-

ратных корреляций между шкалами опросника качества жизни ВОЗ и авторского опросника состояния с показателями тревоги, депрессии и нейротизма, из чего мы можем выдвинуть предположение: чем выше качество жизни данных респондентов, тем ниже тревога, депрессия. Причем результаты «после» и «в динамике» укрепляют данное предположение, а значит, консультации положительно влияют на данные аспекты их жизни.

*Таблица 1*

**Данные ОГ по авторскому опроснику по среднему рангу**

	Средний ранг			Хи-квадрат
	До	После	В динамике	
Уровень энергии и выносливости	1,52	2,21	2,27	20,485
Эмоциональная напряженность	2,38	1,47	2,16	23,287
Внутреннее спокойствие	1,50	2,51	1,99	26,215
Доверие к миру	1,61	2,36	2,03	15,901
Четкое понимание и видение будущего	1,41	2,32	2,27	29,761
Уверенность в себе	1,38	2,36	2,27	34,072
Уверенность в будущем	1,42	2,36	2,22	30,353
Перфекционизм	2,42	1,94	1,63	17,168

Есть прямые корреляции в основной группе между показателем эмоциональной напряженности (компонент оценки качества жизни) и личностной тревожностью «до» воздействия (0,391), что может свидетельствовать о том, что на фоне тревоги возрастает эмоциональное напряжение, причем «после» этот показатель стал



еще выше (0,608), а в динамике снова снизился (0,431), но остался значимым.

В вопросе изучения особенностей людей с миопией стоит учитывать темперамент, так как возможны значимые обратные корреляции между показателем экстраверсии/интроверсии с депрессией и личностной тревожностью.

Нами была подтверждена гипотеза о том, что развитию миопии предшествовали определенные стрессовые события в жизни исследуемых (преимущественно связанные с внезапным визуальным испугом), а также выявлены особенности восприятия и стратегии мышления пациентов с миопией. В ходе работы собрана обширная база таких случаев. На основании данного эмпирического материала был составлен подробный перечень основных психосоматических конфликтов, способствующих развитию близорукости по трем направлениям: психотравмирующие ситуации в прошлом, текущие особенности мировосприятия (стратегии реагирования и убеждения) и конфликты «вторичной выгоды».

На основании проведенного исследования и полученных данных, в том числе большой базы выявленных психологических конфликтов и актуальных стратегий психологического реагирования, стало возможным составить достоверный психологический портрет пациента с диагнозом «миопия». В него входят следующие характеристики: повышенный уровень тревожности, нейротизма и эмоциональной напряженности, недоверие к миру, неуверенность в будущем вкупе с его нечетким пониманием и видением, склонность к перфекционизму, выраженная потребность создать себе «безопасное пространство» (что «решается» через визуальный канал восприятия), низкая уверенность в себе, ощущение «изолированности», категоричность суждений с негативным окрасом (визуально «не хочу видеть это»), а также много страхов.

Важно отметить, что в ходе исследования и анализа результатов данных по медицинскому скринингу, удалось зафиксировать случаи улучшения зрения в основной экспериментальной группе участников в пределах 1 диоптрии по визометрии и рефрактометрии. А именно: через месяц- по визометрии улучше-

ния отмечены у 31% респондентов основной группы (14 человек из 45), из них на оба глаза у 18% участников, на один глаз у 13%, по рефрактометрии улучшения отмечены у 36% (16 человек из 45), из них на оба глаза у 16%, на один глаз у 20%. Без динамики в медицинских показателях основной группы – по 36% в случаях как рефрактометрии, так и визометрии. В динамике (через 6 месяцев) улучшения отмечены по визометрии у 46% участников основной группы (21 человек из 45), из них 26% на один глаз и 20% на оба глаза), по рефрактометрии у 42% (19 человек из 45), из них 22% на один глаз и 20% на оба глаза). Без динамики за полгода 27% по визометрии и 29% по рефрактометрии.

Интересным является факт субъективной оценки участниками основной группы своих ощущений относительно качества своего зрения в ходе исследования (вопрос «Насколько вы удовлетворены качеством своего зрения?», отметить по шкале от 0 до 10). Здесь наглядна положительная динамика, которая заслуживает внимания, наряду с медицинским скринингом, как немаловажное самоощущение участников психологического сопровождения. Для сравнения, в КГ данные отличаются (средний балл 3,9 на входе и 4,4 через полгода). В таблице 2 указан средний балл ответов на разных этапах исследования.

*Таблица 2*

**Удовлетворенность зрением (субъективная оценка) в ОГ**

До вмешательств (консультаций)	Сразу после консультаций	Через 1 мес	В динамике через 6 мес
3,3	6,7	6,4	6,2

Также были получены ответы от участников основной группы относительно наблюдаемых изменений и оправданных ожиданий от исследования (Таблица 3).

Таблица 3

**Связь изменений с психологическим сопровождением (данные ОГ)**

	Сразу после консультаций	Через 1 мес	В динамике через 6 мес
Связываете ли Вы изменения (если наблюдаете) качества своего зрения и пройденные методики?	Да – 28 человек (62,2%) Нет – 17 человек (37,7%)	Да – 31 (68,8%) Нет – 14 (31,1%)	Да – 24 (53,3%) Нет – 21 (46,7%)
Оправдались ли Ваши ожидания от участия в исследовании?	Да – 40 человек (88,9%) Нет – 4 человека (8,9%)	Да – 36 человек (80%), Нет – 9 человек (20%)	Да – 26 (57,8%) Нет – 19 (42,2%)

В исследовании также была собрана база пояснительных ответов, в чем именно участники заметили изменения в самочувствии и качестве зрения. Согласно личным наблюдениям, участники отметили позитивную динамику на физиологиче приведены цитаты респондентов ОГ): «появилась яркость, прошло напряжение в глазах, стала четче видеть», «я вижу теперь больше деталей», «прошли конъюнктивиты, перестали чесаться глаза», «впервые стало комфортнее без линз», «появилась острота зрения», «перестала носить линзы», «стало спокойно ездить за рулем без очков», «субъективно зрение улучшилось», «методики помогли увидеть себя, принять мир таким, какой он есть, убрала ответственность с глаз за все происходящее», «проработали отношение к миру, страхи», «разрешать себе видеть, знать и принимать, что видеть это безопасно, общее напряжение в глазах исчезло», «работа глубокая проделана, встраиваю новые стратегии в свою жизнь», «исчезло общее напряжение», «стала более спокойная, уверенная», «удалось обнаружить и поработать с такими установками как: не вижу, значит этого нет; не хочу быть взрослой и сталкиваться с трудностями; проще закрыть глаза на действительность, чем ре-

шать задачи; сбежать, чтоб остаться в живых», «я для себя открыла новые, давно забытые, грани себя, своих возможностей», «мир он такой какой он есть (разноцветный) и не надо его перекрашивать и бояться», «не боюсь личных взглядов на мир, не навязываю свои взгляды, живу свободно», «старюсь смотреть и видеть, а не бояться того, что увижу» и многие другие.

После психологических вмешательств, подавляющее большинство участников отслеживают качественные изменения в своем состоянии и зрении в течении месяца и через полгода после проведенных вмешательств, выразили удовлетворенность процессом и результатами психологических вмешательств, при этом многие почувствовали необходимость в продолжении психологической работы. Сразу после проведенной серии консультаций, абсолютно все участники основной группы (100%) описали свое впечатление о работе со специалистами как положительное.

Таким образом, психологическая и медицинская диагностика, а также корреляционный анализ в области субъективной оценки самочувствия участников исследования позволили получить подтверждение об улучшении психологического состояния участников исследования после психологического сопровождения по авторскому протоколу PSY2.0 и его устойчивости в динамике, следовательно, оценить авторский протокол психологического консультирования по методике PSY2.0 как эффективный.

*Заключение.* Проведенный теоретический и эмпирический анализ выявил высокую актуальность темы, обозначил необходимость дальнейшего и углубленного исследования психологических аспектов людей с диагнозом миопия.

Данное исследование позволило подтвердить эффективность работы по комплексному изучению психологических особенностей участников с близорукостью: определить психологический «портрет» человека с миопией, выявить перечень возможных психологических причин и психосоматических конфликтов, влияющих на возникновение и прогрессирование близорукости. В ходе проведения психологического консультирования по авторскому протоколу по методике PSY2.0 и в динамике за полгода отмечено, что психологическое состояние участников исследования улучшилось по нескольким параметрам, а по медицинским

показателям положительная динамика произошла в пределах 1 диоптрии, что подтверждает успешность использования метода.

Психологическое сопровождение по авторскому протоколу PSY2.0 с людьми с нарушениями зрения может быть использован как в комплексной терапии, так и в комбинации с другими психотерапевтическими подходами.

Полученные результаты исследования могут представлять ценность для медицинского и психологического сообществ.

### Список литературы

1. Аветисов Э.С. Близорукость; 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2002. – 288 с.
2. World report on vision [Электронный ресурс] URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328717/9789241516570-eng.pdf>
3. Близорукостью страдает каждый 3-4 взрослый житель России <https://minzdrav.gov.ru/news/2022/10/13/19398>
4. Лантух В., Ким Т.Ю., Утюпина К.Ю., Колточихина И.В., Зелинская О.А. Современные аспекты заболеваемости и течения миопии Журнал «Медицина и образование в Сибири», раздел «Медицинские и фармацевтические науки» выпуск 3, 2014.
5. Юрьева Т.Н., Григорьева А.В., Пятова Ю.С. Миопия и ее осложнения Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2015, №6 (106) с. 75–82 <https://cyberleninka.ru/article/n/miopiya-i-eyo-oslozhneniya/viewer>
6. Тарутта Е.П. Комплексный подход к профилактике и лечению прогрессирующей миопии у школьников. Российский медицинский журнал, Клиническая офтальмология, № 2, с. 70–75.
7. Чувакова В.А., Пасичник А.В. Генетические аспекты миопии Журнал Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области №3, 2016 <https://cyberleninka.ru/article/n/geneticheskie-aspekty-miopii/viewer>
8. Проскурина О.В. и соавт. «Распространенность миопии у школьников некоторых регионов России» Журнал «Офтальмология», № 15(3), 2018, с. 348–353 [https://www.detskoezrenie.ru/spetsialistam/article\\_spec/proskurina-o-v-i-soavt-rasprostranennost-miopii-u-shkolnikov-nekotoryh-regionov-rossii/](https://www.detskoezrenie.ru/spetsialistam/article_spec/proskurina-o-v-i-soavt-rasprostranennost-miopii-u-shkolnikov-nekotoryh-regionov-rossii/)
9. Апрельев А.Е., Сетко Н.П., Иссеркепова А.М., Коршунова Р.В., Ясин И.А. Современные аспекты генетической ассоциации миопии, Журнал Медицинский вестник Башкортостана. Том 13, №1 (73), 2018,

с. 110–112 <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-aspekty-geneticheskoy-assotsiatsii-miopii/viewer>

10. Куликов А.Н., Чурашов С.В., Рейтузов В.А «Молекулярно-генетические аспекты патогенеза прогрессирующей миопии» Журнал Офтальмологические ведомости, т. 11, № 3, 2018, с. 48–56 <https://cyberleninka.ru/article/n/molekulyarno-geneticheskie-aspekty-patogeneza-progressiruyushey-miopii/viewer>

11. Решетова П.С. Психологические аспекты хорошего зрения Журнал Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области №4 (19) 2017 <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-aspekty-horoshego-zreniya/viewer>

12. Чернобавская М.Н., Соколов В.А. Роль психотерапии в комплексном лечении первичной открытоугольной глаукомы Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова, № 1, 2012, с. 143–150. <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-psihoterapii-v-kompleksnom-lechenii-pervichnoy-otkrytougolnoy-glaukomy/viewer>

13. Курбанов С.А., Габдрахманова А.Ф. Фактор стресса в развитии глаукомы, 2017, с. 91–93 <https://cyberleninka.ru/article/n/faktor-stressa-v-razvitiy-glaukomy/viewer>

14. Сидоров И.Ю., Решетова П.С., Соболева Е.В. Психосоматический аспект патологий рефракций // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области №4(19) [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihosomaticheskiy-aspekt-patologiy-refraktsii>

15. Решетова П.С. Влияние стресса на снижение зрения. Журнал Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области № 3, 2016 <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-stressa-na-snizhenie-zreniya/viewer>

16. Матвеев О.В. Психика, мозг, тело: глубинные причины болезней. Справочник клинического психолога. Издательство «Свое издательство», Санкт-Петербург, 2017.

17. Ж. Рено. Исцеление воспоминанием. Эксмо, Москва, 2022.

18. Савельева О.Н. Взаимосвязь психосоматики с развитием глазных заболеваний, Журнал Вестник науки и образования, 2016 <https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimosvyaz-psihosomatiki-s-razvitiem-glaznyh-zabolevaniy/viewer>

19. Филяев М.А. Метод PSY2.0-ПСИ2.0 // Авторский сертификат серия АС, номер 0011/16/3, реестровый номер АС/16/07/0011/3 // АНО «Агентство правовой информации Человек и Закон». 2016.

**БЕЛОУСОВА АННА ЮРЬЕВНА**

аспирант кафедры медицинской психологии и психофизиологии  
факультета психологии СПбГУ,  
медицинский психолог СПб ГКУЗ ГПБ №6,  
г. Санкт-Петербург, РФ  
a.yu.belousova@gmail.com

**ЗОТОВА НАТАЛИЯ ЕВГЕНЬЕВНА**

к. психол. наук, доцент кафедры медицинской психологии  
и психофизиологии факультета психологии СПбГУ,  
г. Санкт-Петербург, РФ  
n.e.zotova@mail.ru

**РАСПОЗНАНИЕ ОШИБОК ДРУГОГО ЧЕЛОВЕКА  
БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

**Аннотация.** Больные шизофренией обнаруживают трудности в понимании социальных ситуаций, которые традиционно связываются с утратой у них способности приписывать другим людям их содержание сознания («Теории психического»). Исследование проводилось для изучения естественной коммуникации между больными шизофренией и здоровыми людьми при распознавании ошибок персонажей юмористических видеороликов. Результаты показали, что больные шизофренией показывают снижение эффективности в распознавании ошибок других лиц, особенно при выраженной степени дефицитарной симптоматики. Пациенты генерировали гипотезы относительно содержания сознания наблюдаемых персонажей, однако они были неверными в связи с нарушением ряда когнитивных факторов.

**Ключевые слова:** социальное познание, теория психического, модель психического, шизофрения, референциальная коммуникация, движения глаз.

В различных исследованиях и клинической практике у больных шизофренией часто наблюдаются трудности понимания социальных ситуаций, невозможность поставить себя на место другого человека, что объясняется рядом ученых утратой *способности* пациентов приписывать другим людям их содержание сознания (мысли, намерения, т. н. «теории психического» или

«модели психического»). Нарушения многократно подтверждаются эмпирическими экспериментами [8], однако когнитивные механизмы этих нарушений мало изучены. Более того, существующие исследования направлены на исследование нарушений социального познания в экспериментальных условиях. Однако, реальная коммуникация пациентов вне стен лечебного учреждения происходит со здоровыми людьми, а не с психологами или психиатрами, поэтому изучение особенностей их коммуникации в условиях, приближенных к реальным, представляется перспективным. Потому проведенное исследование было направлено на изучение коммуникации между больными шизофренией и здоровыми лицами при решении задач по распознаванию когнитивных ошибок персонажей видеороликов, для которых участникам исследования было необходимо делать предположения о содержании сознания наблюдаемых персонажей [11]. Целью работы было изучение особенностей распознавания когнитивных ошибок, совершаемых наблюдаемыми персонажами, у больных шизофренией и здоровых людей в условиях референциальной коммуникации.

**Методика.** Эксперимент представлял собой модификационную процедуру референциальной коммуникации Роберта Краусса [13], которая ранее успешно применялась на схожей выборке другими учеными [6, 9]. В ходе эксперимента испытуемые в роли Зрителей просматривали видеоролики, в которых как минимум один из персонажей допускал когнитивную ошибку, а именно не замечал чего-то, что было видно Зрителю. В исследовании было показано 9 таких видеосюжетов. После просмотра, Зритель должен был пересказать видеосюжет и указать на ошибку, совершаемую персонажем, а затем второй участник диады, Сортировщик кадров, опираясь на пересказ Зрителя, восстанавливал исходную последовательность из карточек с ключевыми кадрами из видеоролика. Одновременно проводилась запись глазодвигательной активности, регистрировавшаяся с помощью бесконтактного айтрекера. Схематичное изображение процедуры исследования представлено на рис. 1.



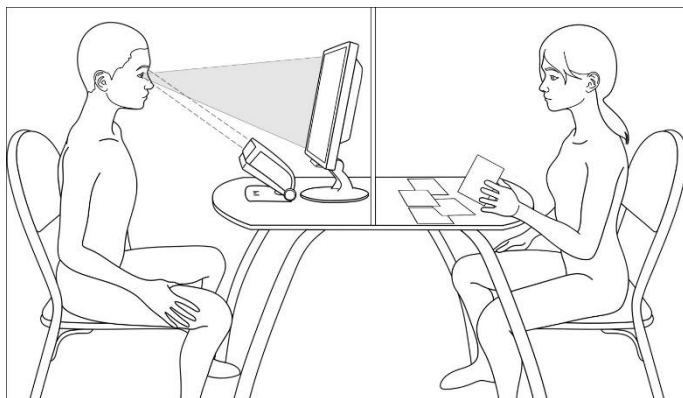


Рис. 1. Процедура исследования. «Зритель» (слева),  
«Сортировщик кадров» (справа)

В исследовании приняло участие 100 человек, разделенных на экспериментальную группу (30 диад: больной шизофренией-здоровый) и контрольную группу (20 диад: здоровый-здоровый). В качестве «здоровых респондентов» были приглашены люди без психиатрического диагноза и не состоящие на учете в ПНД. Больные шизофренией набирались на базе психиатрической больницы и находились на стационарном лечении.

Анализировались следующие показатели:

1. Соответствие понимания сюжета Зрителем заданному ключу, что оценивалось по **числу пересмотров** видеосюжетов, необходимых Зрителю для правильного понимания когнитивных ошибок. Баллы выставлялись в зависимости от количества просмотров:

- **3 балла** – при верном понимании сюжета с первого просмотра;

- **2 балла** – со второго просмотра;

- **1 балл** – с третьего просмотра;

- **0 баллов** – если сюжет так и не был понят.

2. Вербальные интерпретации видеосюжетов Зрителем, анализ которых основывался на подсчете баллов по пяти **уровням концептуальной обработки социальной информации**. Выстав-

лялись баллы в зависимости от полноты передачи информации: **2 балла** – при полной передаче информации, **1 балл** – при частичной передаче, **0 баллов** – при отсутствии передачи ключевых элементов видеосюжетов.

**1 УРОВЕНЬ** – определение идеализированных когнитивных моделей [7]: обозначение сценария или скрипта (например «вечеринка», «ярмарка»);

**2 УРОВЕНЬ** – идентификация участников видеосюжета с указанием ключевых характеристик персонажей, позволяющих Сортировщику безошибочно определить, о ком именно идет речь («очкарик», «самый маленький», «бугай», «дворецкий»);

**3 УРОВЕНЬ** – определение типа взаимодействия между участниками наблюдаемой ситуации («отравление», «прятки», «спасение»);

**4 УРОВЕНЬ** – выделение событий, происходящих с объектами, ключевыми для выполняемой персонажем задачи («палка гнется»), а также отношений между этими объектами («палка погнулась о металлический выступ прямо над головой персонажа»);

**5 УРОВЕНЬ** – мониторинг восприятия персонажем событий/отношений объектов, ключевых для выполняемой персонажем задачи («нападавший не заметил металлический выступ на стене, думал, что палка погнулась о голову жертвы»).

Помимо этого, использовались шкалы SANS (Шкала для оценки негативных симптомов) [4] и PSP (Шкала личностного и социального функционирования) [5] применительно к пациентам с шизофренией, чтобы впоследствии ранжировать их по степени выраженности дефицитарной симптоматики. Методы исследования также включали качественный анализ глазодвигательной активности (фиксаций и саккад) участников в роли Зрителя.

**Результаты и обсуждение.** Результаты исследования показали, что здоровые лица в роли Зрителей в контрольной группе успешно распознавали когнитивные ошибки персонажей на протяжении всего эксперимента, тогда как больные шизофренией демонстрировали меньшую успешность распознавания когнитивных ошибок по сравнению с ними. При этом пациенты с легким уровнем дефицитарной симптоматики показывали улучшение результатов в динамике от первой к последней пробе, хотя им

требовался еще один просмотр видео, чтобы распознать ошибку. В то время как у пациентов с выраженной дефицитарной симптоматикой результаты были более низкими, им требовалось пересмотреть видео еще два раза, и даже это не гарантировало успех. Вероятно, улучшение результатов у данной группы требует более активных интервенций, чем естественный эксперимент. В связи с этими данными, при дальнейшей обработке информации пациенты были разделены на две группы по степени выраженности негативной симптоматики (оценкам по шкале SANS и PSP).

Анализ эффективности передачи основных концептуальных элементов видеосюжетов Зрителем показал, что группы не различались по уровню 1 – определению идеализированных когнитивных моделей. Однако группы различались по всем остальным уровням. Как видно из рис. 2, по уровню 2 – идентификации участников – все три группы различались между собой. Так, пациенты с шизофренией использовали неэффективные языковые обозначения при пересказе видеосюжета, не учитывая, как это может воспринять слушатель. Например, они использовали местоимения, которые не позволяли однозначно определить, о каком объекте идет речь («тот», «другой», «первый», «второй»). Однако больные успешно дифференцировали персонажей видео по их выраженным внешним различиям, но испытывали трудности с различением персонажей одного пола.

Этот факт согласуется с недавним исследованием нарушений референциальной коммуникации у больных шизофренией, при которой последним нужно было решить задачу, прибегая к передаче информации об объекте, недоступном для восприятия собеседнику (в нашем случае видеосюжет видел лишь Зритель), где были обнаружены схожие затруднения в подборе речевого кодирования при описании наблюдаемых объектов у больных шизофренией по сравнению со здоровыми лицами [6]. Подобное неэффективное речевое кодирование объектами пациентами приводит к нарушению коммуникации из-за непонимания их собеседниками, что отражает, как в естественных условиях происходит «разлад» в общении пациентов с другими людьми, оказывая негативное влияние на их социальную адаптацию.

По последним трем уровням группа пациентов с выраженной дефицитарной симптоматикой (Группа 2) получала наименьшие оценки по передаче смысловых элементов видеосюжетов во время коммуникации. Иными словами, больные шизофренией с выраженным дефектом хуже передавали общий смысл видеосюжетов, чем здоровые и больные с легкими дефицитарными расстройствами.

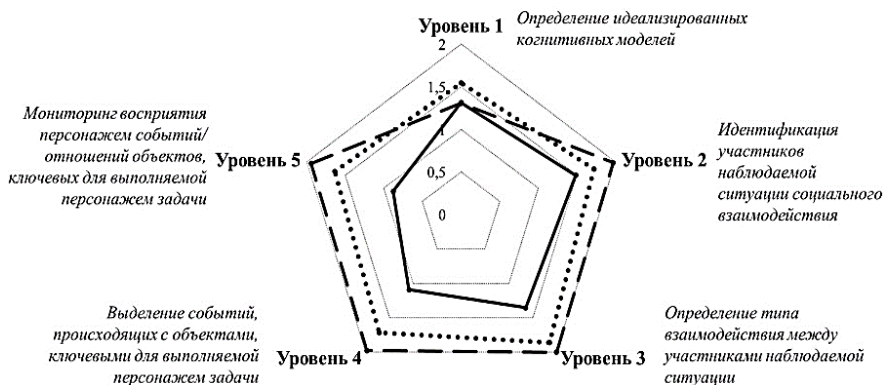


Рис. 2. Эффективность передачи основных концептуальных элементов видеосюжетов Зрителем (Группа 1 – больные шизофренией с легкой степенью дефицитарных расстройств; Группа 2 – больные шизофренией с выраженной степенью дефицитарных расстройств; Группа 3 – здоровые испытуемые)

Для иллюстрации качественного анализа показателей глазодвигательной активности Зрителей приведем описание одного из показанных видеороликов с объяснением его содержания пациентом с выраженной дефицитарной симптоматикой, а также с указанием областей, на которые обращал внимание пациент по мере просмотра видео.

**Сюжет:** «Высокий мужчина подходит к кудрявому мужчине в очках, который испуганно притиснулся к стене. Мужчина с лысиной подбирает металлическую палку и начинает наносить удары по голове мужчины в очках. Однако ничего не происходит, что удивляет нападающего. Он наносит еще один удар по голове жертвы, и на этот раз палка сгибается. Оба мужчины удивленно

смотрят на согнутую палку. Наконец, мужчина в очках воспользуется замешательством нападающего и убегает. В результате выясняется, что он все это время находился прямо под металлическим выступом в стене, поэтому не получал никаких повреждений. А палка погнулась именно от удара об этот выступ».

**Интерпретация пациента Л.:** «Два человека спорят, и один замахивается на него палкой, пытается что-то от него добиться, а этот человек молит о пощаде и просит, чтобы его отпустили. Потом я не понимаю, почему, когда человек, которому наносят увечья, отлепляет голову, там появляется пистолет. Или отпечаток в форме пистолета. Я не знаю, с чем это связано. Возможно, это заказное убийство. Один человек хочет от другого добиться чего-то... Денег или чего. Это вымогательство».

На рис. 3 видно, что при просмотре видеосюжета пациент Л. не отслеживает изменения, происходящие с ключевым для обеих персонажей предметом – металлической палкой. Поскольку от внимания пациента ускользнуло, что палка погнулась, им не было выдвинуто гипотезы о том, почему мужчина в очках никак не отреагировал на столь сильный удар, и потому впоследствии металлический выступ в стене, который объяснил бы данное противоречие, был воспринят как «отпечаток в форме пистолета».



*Рис. 3.* Последовательность зрительных фиксаций пациента Л. с выраженной степенью дефицитарной симптоматики во время просмотра видеосюжета

Получается, пациент Л., как и большинство пациентов с выраженной степенью дефицитарной симптоматики в нашем эксперименте, не отслеживал изменения предметов, которые являются ключевыми для выполняемой персонажем задачи (для нападающего было важно нанести повреждения жертве с помощью палки), а потому и не замечал имеющихся противоречий, которые в результате были важной составляющей юмористического компонента сюжета. Подобное нарушение мониторинга изменений объектов в контексте выполнения наблюдаемым индивидом задачи может объяснить механизм, стоящий за трудностями понимания юмора и иронии, что многократно фиксируется как в отечественных, так и в зарубежных исследованиях [3, 10, 12].

Пациенты, не распознавшие когнитивной ошибки, совершаемой персонажем, не выдвигали гипотез относительно изменений ключевых объектов и не сопоставляли свою позицию как Зрителя с точками зрения наблюдаемых персонажей. Однако стоит отметить, что даже в этом случае они выдвигали предположения относительно причин поведения персонажей, что ставит под сомнение парадигмальную точку зрения о том, что у пациентов с шизофренией утрачивается *способность* приписывать ментальные состояния (так, пациент Л. предположил, что нападающий хочет чего-то добиться от другого человека, возможно, вымогал у того деньги; также пациент предположил, что человек, которому наносят увечья, молил о пощаде и просил, чтобы его отпустили, несмотря на то, что видеосюжет был отрывком из немого кино, и такого диалога в нем не было). Данное исследование показало, что пациенты оказываются **способны на генерацию таких теорий**, однако они зачастую оказывались ошибочными в связи с упущением пациентами динамического учета следующих факторов:

- 1) Выявления со своей перспективы как Зрителя объектов, которые важны для задачи персонажа, а также событий, происходящих с этими объектами;

- 2) Контроля того, как персонаж воспринимает эти объекты и события, для выявления ошибок в его понимании текущей ситуации;

3) Сравнения результатов собственной когнитивной активности как Зрителя с активностью наблюдаемого персонажа.

В рамках описанного исследования показано, что процесс распознавания когнитивных ошибок другого человека не может быть сведен к утрате способности к ментализации, но, напротив, является развернутым во времени процессом с конкретными когнитивными операциями, выпадение даже одной из которых, подобно «эффекту домино», приводит в итоге к неверному пониманию социальной ситуации. Этот факт подтверждается рядом предыдущих исследований на распознавание ошибочных убеждений и юмористических ситуаций пациентами с шизофренией [1, 2].

### **Выводы.**

Таким образом, было обнаружено, что больные шизофренией демонстрируют снижение эффективности распознавания когнитивных ошибок по сравнению со здоровыми людьми, что нарастает параллельно с усилением дефицитарной симптоматики. Однако пациенты с легкими дефицитарными расстройствами показали повышение эффективности распознавания когнитивных ошибок и достигали показателей здоровых участников из контрольной группы. Также было обнаружено, что больные шизофренией с выраженной степенью дефицитарной симптоматики испытывают трудности в подборе языковых обозначений при описании персонажей видеороликов: они не учитывают точку зрения и уровень осведомленности собеседника, и их языковые обозначения не позволяют однозначно понять, о каком персонаже идет речь. Кроме того, глагодвигательная активность позволила определить факторы, влияющие на трудности распознавания когнитивных ошибок.

Полученные данные позволяют определить конкретные цели для психокоррекционных вмешательств и повысить эффективность программ реабилитации для пациентов с шизофренией. Например, для компенсации использования пациентами неэффективных языковых обозначений, можно разработать тренинговую программу с целью расширить репертуар речевых обозначений для описания людей и различных неодушевленных объектов, а также для концептуализации социальных ситуаций. Подобные

вмешательства будут наиболее эффективны на ранних стадиях болезни, когда негативные симптомы еще не сильно выражены.

### Список литературы

1. Зотов М.В., Андрианова Н.Е., Попова Д.А., Гусева М.С. Видеть посредством чужих глаз: восприятие социального взаимодействия в норме и при шизофрении // Культурно-историческая психология. 2015. Т. 11. №. 4. – С. 4–21.
2. Зотова Н.Е., Зотов М.В., Короткова И.С., Белоусова А.Ю. Нарушения распознавания концептуальных ошибок другого человека при шизофрении / Первый Национальный конгресс по когнитивным исследованиям, искусственному интеллекту и нейроинформатике. Девятая международная конференция по когнитивной науке. Сборник научных трудов. – М., 2021. – С. 521–524.
3. Иванова Е.М., Ениколопов С.Н., Митина О.В. Нарушение распознавания юмора у больных шизофренией // Психологический журнал. 2008. Т. 29. № 6. – С. 75–81.
4. Клиническая психометрика: учебное пособие / под ред. В.А. Солдаткина; ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. 2-е изд, доп. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2018. – 339 с.
5. Коцюбинский А.П. Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии (биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы) / А.П. Коцюбинский. – СПб.: СпецЛит, 2017. – 285 с.
6. Красса Е.А., Зотов М.В. Нарушения референциального коммуникативного взаимодействия при шизофрении // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ. 2019. Т. 6. – С. 66–71.
7. Лакофф Дж. Женщины, огонь и опасные вещи: Что категории языка говорят нам о мышлении / Пер. с англ. И.Б. Шатуновского. – М.: Языки славянской культуры, 2004. – 792 с.
8. Савушкина А.И., Рощина И.Ф., Солохина Т.А. Особенности модели психического и психосоциальная реабилитация больных шизофренией // Общественно-ориентированная психиатрия: научно-практические аспекты и векторы развития. – М., 2022. – С. 116–118.
9. Федорова О.В. Вклад кинетической составляющей в мультимодальную коммуникацию, или Еще раз о стратегиях описания танграмм // Компьютерная лингвистика и интеллектуальные технологии: По материалам ежегодной Международной конференции «Диалог» (Москва, 31 мая – 4 июня 2017 г.). Вып. 16 (23). 2017. – С. 1–17.



10. Щербакова О.В. и др. Понимание юмора у здоровых людей и пациентов с психическими заболеваниями: когнитивный и эмоциональный компоненты // Вопросы психологии. 2018. № 4. – С. 92–102.
11. Chareonboon T., Patumanond J. Social cognition in schizophrenia // *Mental Illness*, 2017. № 9(1). – pp. 16–19.
12. Jáni M., Kašpárek T. Emotion recognition and theory of mind in schizophrenia: a meta-analysis of neuroimaging studies // *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2018. Vol. 19. № 3. – pp. S86–S96.
13. Krauss R.M., Weinheimer S. Concurrent feedback, confirmation, and the encoding of referents in verbal communication // *Journal of Personality and Social Psychology*, 1966. № 4(3). – pp. 343–346.

**ВАЛОВА НАДЕЖДА ВИКТОРОВНА**

к. психол. наук, учитель-дефектолог,  
КОУ ВО «Борисоглебская школа-интернат», г. Борисоглебск, РФ  
valova\_nadezhda@list.ru

## **ОТКЛОНЕНИЯ В РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ ВСЛЕДСТВИЕ СЕМЕЙНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЗАПУЩЕННОСТИ**

**Аннотация:** В статье рассматриваются обстоятельства, которые ведут к педагогической запущенности, в частности, семейное воспитание, рассматриваются механизмы формирования психопатизации характера и поведения у ребенка с умственной отсталостью. В статье также дается определение понятию «педагогическая запущенность». Отдельно в статье дано описание двух вариантов неконструктивного поведения: конфликтно-возбудимому и защитно-тормозному. В заключении статьи перечислены задачи, которые стоят перед педагогами по сопровождению детей с ОВЗ в семье.

**Ключевые слова:** поведение, психопатизация характера, педагогическая запущенность, конфликтно-возбудимый и защитно-тормозной тип поведения, социально-значимые качества личности,

Новый качественный уровень, на который выходит специальная школа, определил необходимость разработки новых и обобщения имеющихся теоретических положений олигофренопедагогики как науки о воспитании и обучении умственно отсталых детей.

Умственно отсталые школьники – это наиболее многочисленная категория аномальных детей. Наибольшая часть таких детей – обучающиеся с легкой степенью умственной отсталости. В своем развитии такие дети имеют отклонения от нормы. Эти отклонения прослеживаются в познавательной сфере. Такие дети отстают от своих ровесников в психическом развитии примерно на два с половиной года. Интересы таких детей узкие, неустойчивые. Самоконтроль у них осуществляется на низком уровне. В учебной ситуации детям трудно сдерживать непосредственные

побуждения, даже под влиянием ограничительных мотивов: запрет взрослого, наказание. что связано с их общей расторможенностью, дефицитом внимания.

Общение обычно затруднено в связи с тем, что речь у детей недостаточно хорошо развита, однако дети обычно стремятся к общению со сверстниками.

В общении с взрослыми и сверстниками дети не всегда контролируют свои эмоции, обычно понимают и правильно оценивают такие социальные эмоции как сочувствие, сопереживание, проявляют их в жизни.

О нравственных качествах младшие школьники обычно имеют представление, понимают, что нельзя баловаться, драться, нужно делиться с другими игрушками и т.д., но необходимость их выполнения они не всегда осознают. Дети адекватно реагирует на нарушение нравственных норм другими детьми, однако нравственные нормы не всегда выполняют функцию регуляторов их поведения. Нормы, хотя и осознаются, но нередко нарушаются, можно сказать, что, нравственное поведение достаточно ситуативно, и зависит от личности того, с кем ребенок общается.

В воспитании детей, имеющих отклонения в развитии, значительное влияние играет семья. Он создает среду вокруг ребенка с самых первых дней его жизни. Очень большое значение имеет взаимодействие семьи и школы в период формирования основных социальных навыков обучающихся.

По данным отечественных авторов, обстоятельствами, способствующими формированию антисоциальных ориентаций обучающихся, является алкоголизм и пьянство родителей, их социально-отрицательные взгляды, нежелание заниматься своими детьми, систематические скандалы в семье, примеры антиобщественного поведения.

Болезнь ребенка является стрессогенным фактором для родителей, которые не имеют опыта обращения с такими детьми [1, с. 50]. Часто это приводит к эмоциональному выгоранию у родителей и их растерянностью перед обстоятельствами судьбы, не зная как обучать и воспитывать ребенка. Помимо этих причин, ребенок может совершить противоправный поступок под влиянием других детей, взрослых, влиянием улицы т.д.

Вследствие неблагоприятных условий воспитания у ребенка развиваются типичные черты личности, которые позволяют определить, что этот ребенок или подросток воспитывался без надлежащего контроля со стороны родителей.

Попадая в коллектив, такие дети испытывают затруднения в усвоении интеллектуальной, нравственной и коммуникативных программ воспитания и обучения, что в первые годы ставит их в положение аутсайдеров. Они нуждаются в индивидуальном подходе как со стороны педагогов, так и стороны правильно ориентированного классного коллектива. Если педагогу игнорировать необходимость индивидуальной работы с детьми, то вследствие отрицательного влияния на ребенка взаимоотношений в семье, возникает так называемая семейно-педагогическая запущенность.

Педагогическая запущенность – нарушение развития, обусловленное недостаточностью воспитания, обучения. Оно характеризуется отклонениями в поведении, учебной активности, нравственных ценностях. Педагогическая запущенность проявляется у обучающихся сниженными интеллектуальными способностями, узким кругозором, инфантилизмом, эмоциональной неуравновешенностью, трудностями социализации, аморальными поступками.

Специфическая диагностика педагогически запущенных детей выполняется психологическими методами: тестами на интеллект, мышление, внимание, память, проективными методиками и личностными опросниками. Если нет сопутствующих заболеваний, педагогическая запущенность устраняется с помощью психолого-педагогической коррекции.

Подростки, воспитанные в условиях семейно-педагогической запущенности пассивны в учебе, равнодушны к интересам коллектива, склонны к объединению в неформальные группы. Они не умеют рационально использовать свободное время и достаточно легко попадают под влияние взрослых с асоциальными установками в поведении.

В конфликтах они реагируют часто по типу эмоционально-взрывного поведения, которое сопровождается грубостью и агрессивностью. Некоторые подростки замыкаются в себе, предпочитают пассивность и бездействие. В конечном счете, отклоне-

ния в развитии характера могут перерасти в устойчивую аномалию личностного реагирования, которая получила название социопатической психопатизации характера.

В дошкольный период дети, которым не достает постоянного внимания, испытывают постоянное чувство тревожности. Не в силах осознать причины поведения взрослых, ребенок испытывает постоянное чувство страха и ожидания неудачи и поражения. Постоянное психическое напряжение невротизирует ребенка и в зависимости от длительности неблагоприятной ситуации, интенсивно воздействует на привычные для ребенка формы реагирования. Так в результате появляются защитные эмоции настороженности и агрессивности. Закрепление защитного поведения как основного способа установления связей со средой, еще до поступления ребенка в школу приводит к одному из двух вариантов неконструктивного поведения: конфликтно-возбудимому и защитно-тормозному.

Для конфликтно-возбудимого типа характерно реагирование на изменение ситуации агрессией, сопротивлением этому изменению. Дети с защитно-тормозным типом реагирования, склонны уходить от проблем от общения в мир фантазий при сохранении внешней пассивности, которая может выглядеть как вялость и равнодушие.

Выбор варианта защитной формы поведения в значительной мере обусловлен типом темперамента ребенка. Например, в тех случаях, когда родители пассивно относятся к потребностям ребенка, он вынужден достаточно выразительно демонстрировать свои желания, возникает преимущественно конфликтно-возбудимый тип.

Интеллектуальное развитие ребенка в условиях семейной запущенности отличается заметными пробелами в необходимых для возраста знаниях.

Дети, отстающие в интеллектуальном развитии, сталкиваются с новыми трудностями в школе. Как известно, обучение в первых классах для всех детей происходит под ильным влиянием чувства принадлежности в ребенка к коллективу класса. У ребенка с затруднениями коммуникативного плана эта принадлежность

с трудом осуществляется и осознается ребенком. В таких случаях педагог оказывает значительное влияние на характер ребенка.

Таким образом, семейно-педагогическая запущенность на разных этапах развития несовершеннолетнего вызывает отклонения, вследствие которых постепенно формируются аномальные черты личности ребенка. В тех случаях, когда ребенок испытывает длительно негативное влияние, выраженность этих черт может достигать психопатоподобных проявлений.

### **Список литературы**

1. Мазурова Н.В. Особенности адаптации родителей к болезни ребенка. – Российский педиатрический журнал. – 2013. – № 5. – С. 50–56.

**ВОТИНЦЕВ АЛЕКСАНДР ЕВГЕНЬЕВИЧ**

клинический психолог, нейропсихолог, заведующий центром развития  
головного мозга МЦ «Совермед», г. Киров, РФ  
super.psi-doc@yandex.ru

**МЕТОД БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ  
И КИНОТЕРАПИЯ (ПРОСМОТ МУЛЬТФИЛЬМОВ)  
ПРИ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА  
ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ**

**Аннотация.** Анализ проведенных ранее исследований использования биологической обратной связи (БОС) у детей с синдромом гиперреактивности и дефицита внимания, показывает недостаточное количество исследований и материалов по данной теме. Опираясь на данные о широком применении в практике и количестве найденных работ, доказательность данного метода низкая, причиной является малая выборка в исследованиях и трудности в описании механизмов БОС. Полученные в результате проведенного нами эксперимента данные позволяют выявить нарушения внимания, которые проявляются в различной степени у дошкольников с СДВГ. Реализованный курс БОС-тренингов оказал положительное воздействие на детей с СДВГ в возрасте 6 лет. А именно: показатели точности и скорости, концентрации внимания стали выше. Проведенные БОС-тренинги оказали результативное воздействие на особенности внимания у детей дошкольного возраста с синдром дефицита внимания с гиперреактивностью.

**Ключевые слова:** биологическая обратная связь (БОС), синдром дефицита внимания и гиперреактивности (СДВГ)

На сегодняшний день интересным направлением в реабилитации, сопровождении и лечении синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является новый эффективный метод: использование комплексов биологической обратной связи. Данное направление на сегодняшний день является важнейшим ресурсом для преодоления трудностей, с которыми сталкивается ребенок с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Важно отметить, что важнейшим ресурсом личности ребенка дошкольника является его обучаемость и особенности пластич-

ности психики. Полноценное использование этих ресурсов приводит к компенсаторным изменениям нарушений у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. Ученые разработали метод позволяющий повысить возможности и эффективность реабилитации при СДВГ. Этот метод основан на возможностях биологической обратной связи (БОС) и влияние на саморегуляцию.

За последнее время в различных сферах деятельности человека, в медицине, в педагогике в логопедии и в том числе и в клинической психологии увеличивается применение БОС-технологий, результаты использования БОС-подхода очевидны и эффективны. О.И. Иващенко в своих трудах отмечает, что БОС-терапия сокращает сроки лечения и реабилитации в 2–5 раз, также снижаются повторные обращения. [5, с. 5]

Метод биологической обратной связи, как лечебное направление сформировался в 60-е годы прошлого века. Родившись в США, он получил быстрое развитие на Западе. Уже первым исследователям БОС-обучения стало ясно, что контроль биоэлектрической активности головного мозга и вегетативной нервной системы (ВНС) может иметь важное клиническое применение.

Фундаментальная база метода БОС в России была создана П.К. Анохиным, К.М. Быковым и В.Н. Черниговским. Первые результаты по обучению произвольному регулированию просвета кровеносных сосудов получены в 1955 году М.И. Лисиной. В 1983 году приказом Министерства здравоохранения СССР метод биоуправления и его аппаратное обеспечение разрешены и рекомендованы как способ лечения в детской неврологии [3, с. 9].

Биоуправление – это современная компьютерная лечебно-оздоровительная технология, базирующаяся на принципах адаптивной биологической обратной связи. Основной задачей биоуправления является обучение навыкам саморегуляции, обратная связь облегчает процесс обучения физиологическому контролю, а оборудование делает доступной информацию, в обычных условиях не воспринимаемую.

Сейчас метод БОС, бос-терапия, эффективно применяется при лечении как психологических заболеваний (хронического стресса, депрессии, тревожных расстройств, нарушения сна, фобий,



неврозов, синдрома хронической усталости), так и психосоматических (при головных болях, гипертонии, бронхиальной астме, синдроме гиперактивности, нарушениях мышечной регуляции, эректильной дисфункции).

Метод биологической обратной связи включает в себя комплекс исследовательских, немедицинских, физиологических, профилактических и лечебных процедур. В основе лежит внешняя цепь обратной связи, посредством компьютерной или микропроцессорной техники, предоставляющая информацию о состоянии и изменениях физиологических процессов.

При СДВГ (синдроме дефицита внимания и гиперактивности) выраженной трудностью, с которой сталкивается ребенок является проблема, при которой ребенку сложно контролировать свое поведение, быть внимательным выполняя какую-либо деятельность, длительное время.

В научных работах отечественных и зарубежных психологов прослеживается тот факт, что количество детей имеющих в анамнезе СДВГ в последнее время имеет тенденцию к росту в современной популяции. Специалисты считают, что именно поэтому настолько актуален вопрос об эффективных методах коррекции СДВГ. Нужно отметить, что гиперактивность и синдром дефицита внимания не являются психическим расстройством, но при отсутствии коррекции и лечения, последствия СДВГ могут привести к дезадаптации ребенка. Сложности адаптации могут прослеживаться в дошкольном и младшем школьном возрасте.

Особенностью в коррекции СДВГ является то, что медикаментозные методы терапии имеют низкую эффективность, особенно если отсутствуют методы психолого-педагогической коррекции. Для более выраженных результатов терапии и коррекции СДВГ необходимы все возможные современные методы в комплексном и индивидуальном подходе. Эффективность прослеживается при медикаментозной терапии, методах психолого-педагогической коррекции и современному методу биологической обратной связи (БОС).

В основе БОС-терапии лежит используемая информация о работе функциональной системы человека и метод обучения управлением функциональной системой человека. Функциональная

система формируется в результате индивидуального жизненного опыта. Данная система обеспечивает организацию и исполнение особенностей и вариантов поведенческих возможностей (опыт поведенческих актов), которые направлены на повышение адаптационных возможностей организма к изменяющимся условиям внешней среды.

Биологические обратные связи, такой механизм, который развивает систему адаптации и развитие поведенческих актов в нужном направлении. Нужно отметить, что и наоборот биологические обратные связи способствуют формированию патологии. Становится понятно, что обратные связи являются одним из базовых элементов формирования психики и поведения человека.

Для того, чтобы избавиться от психологических или психосоматических нарушений, необходимо разрушить патологичную систему и создать новую. Или вернуться к забытой старой, которая раньше определяла нормальное поведение. Это становится возможным, когда мы используем особенность нашего мозга – способность к саморегуляции и самоорганизации. На механизме саморегуляции базируется один из самых эффективных методов коррекции различных нарушений – метод БОС, или биоуправление.

В эксперименте, направленном на исследование эффективности комплексного подхода в терапии детей дошкольного возраста имеющих в анамнезе СДВГ при помощи метода БОС-терапии приняли участие 60 детей в возрасте 6 лет, мальчики и девочки. Дети наблюдаются у врача психиатра, проходят коррекционную программу с логопедом-дефектологом и клиническим психологом.

Полученные в результате эксперимента данные позволяют выявить нарушения внимания, которые проявляются в различной степени у дошкольников с СДВГ.

1. При увеличении, у большинства детей старшего дошкольного возраста, скорости выполнения задания теряется показатель точности. Также количество ошибок в бланке преимущественно расположены под конец выполнения задания, что свидетельствует об утомлении и истощении внимания ребенка.

2. При изучении устойчивости внимания было выявлено, что большинство испытуемых испытывают трудности в концентрации на определенном объекте или теме. Наблюдаются явления истощения, утомления.

3. При изучении концентрации и устойчивости произвольного внимания было обнаружено, что у большинства детей недостаточной сформировано активное внимание. Это характеризуется «застреванием» на отдельных объектах, а также истощаемостью ребенка.

4. В ходе экспериментального изучения внимания дошкольников с СДВГ вскрыты нарушения внимания, которые мешают нормальной адаптации детей, усвоению знаний, что позволяет наметить основные виды коррекции с ними.

Всем детям был назначен курс БОС – терапии, после пройденного курса прослеживается повышение, улучшение показателей внимания, снижение выраженности проявления симптомов СДВГ.

*Таблица 1*

**Проверка результативности коррекции у экспериментальной группы детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью**

	Скорость и точность	Устойчивость	Концентрация
Тэмп	1	63	1,5
Ткр	21	21	21
Уровень статистической значимости	$p \leq 0,05$	$p \geq 0,05$	$p \leq 0,05$
Статус	зона значимости	зона незначимости	зона значимости

По данным таблицы 1 следует, что большинство показателей, а именно скорости и точности, концентрации внимания после проведения коррекционной работы улучшились. Прохождение коррекции с помощью метода БОС оказало результативное воздействие на показатели внимания и его свойств

детей дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

По результатам можно сделать следующие выводы.

Было проведено первичное эмпирическое исследование контрольной и экспериментальной группы, где полученные результаты с обеих групп говорили о схожести показателей скорости и точности, устойчивости и концентрации внимания, что относится к особенностям проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

На основе изученной научной литературы были назначены БОС-тренинги по развитию внимания детей дошкольного возраста.

Назначенные БОС-тренинги были пройдены детьми с СДВГ из экспериментальной группы и по завершению прохождения тренингов, дети были повторно продиагностированы.

По полученным данным после повторной диагностики детей с СДВГ из экспериментальной группы показали, что повысилась результативность по пройденным методикам, повысились результаты по шкалам точности и скорости, концентрации внимания.

Реализованный курс БОС-тренингов оказал положительное воздействие на детей с СДВГ в возрасте 6 лет. А именно: показатели точности и скорости, концентрации внимания стали выше.

Проведенные БОС-тренинги оказали результативное воздействие на особенности внимания у детей дошкольного возраста с синдром дефицита внимания с гиперактивностью.

### Список литературы

1. Сметанкин А.А. Сборник статей «Общие вопросы применения метода БОС» СПб.: ЗАО «Биосвязь», 2008.
2. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М.: Медицина, 1975.
3. Биологическая обратная связь: Нейромоторное обучение в клинике и спорте / Сб. научн. тр. – Вып. 1. – СПб.: Биосвязь, 1991. – 190 с.
4. Биоуправление – 3: Теория и практика / Ред. М.Б. Штарк и Р. Колл. – Новосибирск, 1998.
5. Иващенко О.И. Перспективы использования метода биологической обратной связи в нейротерапии хронических заболеваний //

«Научнопрактическая конференция. Опыт лечения и диагностики. К 20-летию клинической больницы МСЧ № 1 АМО ЗИЛ». – М., 2001.

6. Петраш В.В., Сметанкин А.А., Ваццилло Е.Г., Бекшаев С.С. Метод биологической обратной связи в коррекции физиологических функций человека. Учебное пособие для врачей-слушателей. – Л.: Лен. ГИДУВ, 1988. – 15 с.

7. Черниговская Н.В., Мовсянц С.А., Тимофеева А.Н. Клиническое значение адаптивного биоуправления. – Л.: Медицина, 1982. – 127 с.

**ДИДЕНКО ГАЛИНА АЛЕКСЕЕВНА**

к. психол. н., доцент кафедры прикладной психологии  
и развития личности ФГБОУ ВО ХГПУ,

г. Херсон, РФ

HalynaDidenkopsy@yandex.ru

**КОНЦЕПТ «ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ РОСТ»  
В ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ**

**Аннотация.** Выявлено, что в современном научном знании существует разнообразие определений концепта «посттравматический рост» и его отождествлений с другими терминами. Обосновано, что в своих дальнейших исследованиях мы будем опираться на определение понятия «посттравматический рост», раскрывающегося через положительные личностные изменения, которые происходят с человеком в результате пережитого травматического опыта. Определено, что посттравматический рост не нивелирует негативные последствия переживания травматических событий. Перспективой дальнейших исследований является проведение обзора выделенных теоретических моделей посттравматического роста, а также проведение эмпирического исследования, направленного на выявление и последующий анализ влияния травматического опыта на образ жизни людей с посттравматическим ростом.

**Ключевые слова:** посттравматический рост, стресс, травматические события, травматический опыт, экстремальная ситуация.

На сегодня особую актуальность приобретает анализ последствий, вызванных действием травматических событий. Приобретенный травматический опыт, благодаря ретроспективной смысловой работе личности, так или иначе, влияет на мировосприятие индивида, его отношения с окружающими, на изменения паттернов его поведения, на жизнеобеспечение в целом. Несмотря на распространенность в современном психологическом знании научных взглядов относительно негативного влияния травматических событий, в последние десятилетия появляются исследования, подтверждающие развивающий характер травматического опыта для личности [1; 2; 3]. Именно поэтому, возникает необхо-

димось выделение моделей посттравматического роста с целью дальнейшего проведения эмпирического исследования, связанного с выявлением особенностей влияния развивающего потенциала травматических переживаний на жизнеобеспечение личности.

Основываясь на анализе научной литературы по теме, можем выделить следующие теоретические модели посттравматического роста: психолого-философская модель Р. Пападопулоса, функционально-дескриптивная модель Р. Тадеша и Л. Калхауна, личностно-центрированная модель С. Джозефа и П. Линлея, биопсихосоциальная модель М. Кристофера, модель позитивной трансформации личности в условиях экстремальности (в рамках деятельностно-смыслового подхода) М. Ш. Магомед-Эминова, модель в рамках социально-когнитивного подхода Р. Янофф-Бульман, модель деятельностного роста С. Хофболла и др. Также, посттравматический рост, как специфическая форма личностного развития, его отдельные аспекты анализируются в рамках: интегративного подхода (Т. В. Белых, 2003, 2009 и др.); теории интегральной индивидуальности В. С. Мерлина (2009); системно-диахронического подхода (Р. М. Шамионов, 2012, 2013 и др.); концепта «антихрупкость» (Н. Талеб, 2014; О. С. Виндекер, М. В. Клименских, 2016 и др.).

Учитывая то, что концепт «посттравматический рост» был введен в научный оборот и разрабатывался в рамках западной психологической школы, в трудах российских ученых (А. Л. Журавлев, А. М. Зелянина, М. Ш. Магомед-Эминов, М. А. Падун) представлен теоретический анализ и эмпирическое исследование отдельных аспектов указанной категории. Таким образом, повышенный интерес ученых к проблеме посттравматического роста личности актуализирует необходимость теоретического анализа современных научных исследований указанной проблематики.

Современные отечественные и зарубежные исследователи охватывают широкий круг теоретико-эмпирических разработок в русле позитивных личностных изменений, произошедших с индивидом в результате пережитого травматического опыта, однако их научные поиски, преимущественно, являются достаточно фрагментарными. Современные концепции посттравматического роста, в своем большинстве, сведены к: научным поискам при-

чинно-следственных связей проявления положительного влияния травматических событий на личность, его теоретико-методологического обоснования и эмпирической проверки.

Наиболее распространённой на сегодня является концепция Р. Тадеш и Л. Калхауна. В рамках указанной теоретической концепции феномен посттравматического роста рассматривается со смещением на его объяснение как результата – возможной выгоды от пережитого травматического опыта. Заметим, что авторы функционально-дескриптивной модели посттравматического роста, в своих ранних трудах также обращались к таким терминам, как: «восприятие выгоды», «положительные аспекты», «трансформация травмы» [3]. Однако, основываясь на проведенных исследованиях, Р. Тадеш и Л. Калхаун пришли к выводу, что именно через термин «посттравматический рост» раскрывается главная сущность возможных личностных изменений – польза, которую получает человек от пережитого травматического опыта [2].

Обстоятельным является описанный Р. Тадеш и Л. Калхауном процесс посттравматического роста, которому присущи следующие особенности:

- экстремальное событие разрушает картину мира индивида;
- переживание экстраординарного события сопровождается негативными аффектами и попытками овладеть последствиями травмы;
- типичные для индивида копинг-стратегии и защитные механизмы недееспособны или неэффективны для совладания с травмой;
- в поисках необходимых для совладания с травмой ресурсов индивид обращается к внешней поддержке через самораскрытие переживаний травматического опыта;
- при наличии социально-психологической поддержки совладание с травмой приобретает целенаправленный, ориентированный на развитие личности характер;
- происходит редукция деструктивных посттравматических аффектов, продуцируются конструктивные смыслы травматической ситуации, пережитый опыт интегрируется в целостную и непротиворечивую личностную историю;



– посттравматическое развитие проявляется в изменениях представлений личности о себе и окружающем мире.

Р. Тадеш и Л. Калхаун также отмечают, что основным психологическим механизмом посттравматического роста является «согласование с реальностью» – принятие человеком травматического события как такового, которое нельзя изменить [2].

Таким образом, особое внимание в преодолении травматического опыта и помещения его в личностную историю, авторы отводят поддержке, которая будет способствовать принятию травматического опыта. При этом, к главным функциям принятия они относят: уменьшение негативных эмоций через самораскрытие травматических переживаний и освоение поведенческих примеров совладания с травмой на примере других людей, переживших травмирующий опыт.

Модель позитивной трансформации личности в условиях экстремальности, в рамках деятельностно-смыслового подхода М.Ш. Магомед-Эминова, основывается на взглядах Р. Тадеш и Л. Калхауна. Однако, как замечает М.Ш. Магомед-Эминов, представителями функционально-дескриптивной модели посттравматический рост не раскрыт с точки зрения трансформации личности и остается эмпирическим обобщением.

М.Ш. Магомед-Эминов, анализируя современные модели психологической травмы с точки зрения культурно-деятельностной парадигмы, резюмирует, что для формулирования теории роста личности, «необходимо иметь аппарат, «охватывающий» феномены роста личности в результате пережитого трансординарного опыта. Рост личности вмещает положительные изменения в смысловом отношении человека к: себе, значимым другим, жизни, жизненным событиям. Теория должна объяснять совокупность изменений в осознании себя, других и окружающего мира ... теория должна объяснять индивидуальные различия в посттравматическом росте, почему в одних условиях у людей возникает посттравматический стресс, а у других – посттравматический рост...; необходим смысловой диалог, возможен только в смысловой работе личностей...» [1, с. 206].

Таким образом, анализируя посттравматический рост с точки зрения деятельностно-смыслового подхода, автор основывается

на том, что личность следует рассматривать в более широком смысле экстремальной ситуации. В его теории «экстремальная ситуация» рассматривается как такая, в которой личность открывается в полной положительной конкретности, ситуация объясняется как экстремальный модус бытия личности, изменение которого и порождает трансформационные феномены личности, обусловленные работой самой личности. При этом, эти трансформационные феномены могут проявляться как через положительные, так и отрицательные изменения [1].

Объясняя природу посттравматического роста, М.Ш. Магомед-Эминов определяет феномен, как ретроспективную работу личности, в которой связывается прошлое, настоящее и будущее. Автор обращает внимание на следующее: «одно и то же экстремальное событие в одном случае вызывает травматическую реакцию, в другом – реакцию роста. Поэтому, на наш взгляд, необходимо дифференцировать травматическое событие и событие роста – они конституируются из разных горизонтов работы личности. Таким образом, необходимо признание того, что одни и те же психологические процессы направлены как на управление нарушением, дистрессом, так и на создание роста. Травматическое событие является источником и страдания (расстройства), и устойчивости, и роста...» [1, с. 205].

Резюмируя вышеизложенный материал, отметим, что посттравматический рост следует рассматривать как когнитивную переоценку травматического опыта и реконструкцию представлений о мире. Определяя основные предикаты посттравматического роста, считаем, что центральная роль принадлежит копинг-стратегиям и ретроспективной смысловой работе личности. Считаем, что процесс посттравматического роста можно описать следующим образом: руминация травматических событий сопровождается симптомами эмоционального дистресса; преодоление дистресса и осознание того, что произошло способствует формированию рефлексивного переосмысления травматического опыта, приходящего на смену руминации травматических событий. Личность, благодаря ретроспективной смысловой работе, использует полученный опыт как ресурс для личностных позитивных изменений. Таким образом, посттравматический рост способ-

ствуется трансформации привычного стиля жизни вследствие пережитого травматического события с аккомодацией травматического опыта.

### Список литературы

1 Магомед-Эминов М.Ш. Анализ современных моделей психологической травмы с точки зрения культурно-деятельностной парадигмы / М.Ш. Магомед-Эминов // Теория и практика общественного развития. – 2104. – №17. – С. 202–207.

2 Tedeschi R.G. The foundations of posttraumatic growth: New considerations / R.G. Tedeschi, L.G. Calhoun // Psychological Inquiry. – 2004. – №15. – P. 93–102.

3 Tedeschi R.G. The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma / R.G. Tedeschi, L.G. Calhoun. – 1996. – Vol. 9. – P. 455–471.

***ДОБРОНРАВОВА ЕКАТЕРИНА ВАСИЛЬЕВНА***

психолог, кризисный психолог, куратор исследования «Акне», НОЦ  
«Наука Пси2.0», г. Москва, РФ  
e.vinogradova@psy20.science

***МУРАВЬЕВА ВАРВАРА ЮРЬЕВНА***

Врач-биохимик, к. мед. н., практический психолог PSY2.0,  
г. Москва, РФ

***УСМАНОВА НАРГИЗАХОН САДИКЖОНОВНА***

Врач дерматовенеролог, специалист по Аюрведе, специалист  
по психосоматике, практический психолог PSY2.0, г. Москва, РФ

***ФИНОГЕЕВА ВИКТОРИЯ ЮРЬЕВНА***

практический психолог, PSY2.0 консультант, кризисный психолог,  
куратор научного центра Псидваноль, г. Москва, РФ

***ФИЛЯЕВ МИХАИЛ АНАТОЛЬЕВИЧ***

клинический психолог, гипнотерапевт, доктор философии в психологии  
(PhD), действительный член ОППЛ, автор метода психосоматической  
коррекции симптома «Метод PSY2.0», г. Москва, РФ

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ  
ПО АВТОРСКОМУ ПРОТОКОЛУ PSY2.0 ЛЮДЕЙ  
С ДИАГНОЗОМ «АКНЕ»**

**Аннотация.** По официальным данным ВОЗ, кожными заболеваниями страдают около 22% населения в мире. Наряду с тем, что акне или угревая сыпь может сопровождаться неприятными физиологическими ощущениями, оно, как правило доставляет не меньший эмоциональный дискомфорт, провоцируя неуверенность в себе, влияя на самооценку и поведение человека. По предварительным результатам работы первой группы исследования эффективности применения метода PSY2.0 в психологическом консультировании клиентов с диагнозом «акне», мы выявили значительное улучшение качества кожи у 43% участников, повышение легкости проявления у 73% участников, а также снижение уровня ситуативной и личностной тревоги.

**Ключевые слова:** акне, методика PSY2.0, психосоматика, кожные заболевания

По официальным данным ВОЗ, кожными заболеваниями страдают около 22% населения в мире. Самыми распространенными заболеваниями кожи считаются дерматиты разного генеза, экзема, угри (акне), грибковые заболевания, кожные бородавки, псориаз, простой герпес, рак кожи [5].

Наряду с тем, что акне или угревая сыпь может сопровождаться неприятными физиологическими ощущениями – зудом и болью, оно, как правило доставляет не меньший эмоциональный дискомфорт, провоцируя неуверенность в себе, влияя на самооценку и поведение человека.

Угри обыкновенные (акне, *acne vulgaris*) – мультифакторное, хроническое полиморфное заболевание волосяных фолликулов и сальных желез. Этиопатогенез акне основан на наследственных, микробиологических, иммунологических составляющих, а также связан с расстройствами: центральной и вегетативной нервной систем, гормонального фона, желудочно-кишечного тракта и др. коморбидными состояниями.

Несмотря на широкое распространение заболевания и многочисленные исследования, акне остаётся не до конца изученным, и многие данные различных мировых исследований противоречивы. Мы поставили перед собой задачу провести собственное исследование, изучающее связь эмоционального состояния человека, особенностей его реагирования на события его жизни и появлением на коже акне.

Актуальность подобных исследования связана со сложностью выявления и оценки психических и соматических соотношений, возможностью достоверно констатировать определенные явления и процессы [2]. Широкая распространенность кожных симптомов и заболеваний во всем мире обуславливает необходимость не только их клинической трактовки, но и разработок моделей комплексного лечения на основании персонализированного подхода в рамках современной биопсихосоциальной концепции понимания болезней.

Готовясь к исследованию и изучая имеющиеся материалы, мы обнаружили, что биологическая связь между кожными и психическими регуляторными системами объясняется особенностями развития еще на эмбриональном уровне, поскольку обе форми-

руются из одного эмбрионального листка, развиваются под влиянием одинаковых гормонов и нейротрансмиттеров [1]. На современном этапе научных исследований, основанных на принципах доказательной медицины, сохраняется проблема выявления и оценки причинно-следственных связей и взаимного влияния кожи и психики.

*Цели и задачи исследования.* В качестве цели исследования мы выбрали объективную оценку эффективности применения методики PSY2.0 в психологическом консультировании у участников исследования, имеющих диагноз акне. Для диагностики мы выбрали как клинические (визуальные), так и психологические средства. Кроме того, перед нами стояла задача проанализировать взаимосвязь между эмоциональным состоянием человека, особенностями его реагирования на внешние обстоятельства и проявлением такой симптоматики как «акне».

Мы создали дизайн эксперимента и шестишаговый протокол работы с участниками эксперимента, в основе которого – авторский метод PSY2.0.

*Гипотезы исследования.* В процессе подготовки к исследованию мы изучили уже существующие материалы по данной теме и выявили две основные гипотезы эксперимента.

1. Акне является следствием определенных психологических травм/конфликтов, возникших у человека до появления самого симптома. Некое травматичное события и стало точкой отсчета, сформировавшей у человека один из вариантов самоидентификации: «я недостаточно хорош/а», «некрасиво выглядеть – это плохо», «я грязный» [3].

2. Использование авторского протокола PSY2.0 будет способствовать более быстрому улучшению состояния кожи, так как протокол воздействует на психологическую и психосоматическую причины появления проблемы. Авторский протокол по методике PSY2.0 эффективен при работе с акне, существенно сокращая проявления симптома у клиента, т.к. основывается на психосоматическом биопсихосоциальном подходе и работе с глубинными психотравмами человека (запускающими событиями), биологическими функциями органов (кожи) и типом реагирования человека.

Мы предположили, что психологическая работа по авторскому протоколу PSY2.0 приведет к следующим результатам:

– существенному повышению субъективного уровня удовлетворенности жизнью, которое выражается в показателях самопринятия, коммуникации в социуме, тревожности как интегрального показателя;

– уменьшению выраженности «акне», предотвращению и профилактике «постакне» (болезненность угрей, высыпания, зуд, краснота, рубцы);

– внешним изменениям, которые не зависят от смены питания и пищевых привычек: уменьшению видимого количества высыпаний, общему улучшению качества кожи, уменьшению покраснений, зуда, рубцов, уменьшению болевых симптомов, сопровождающих высыпания (если таковые имеются);

– внутренним (психологическим) изменениям: повышению уровня самопринятия, уверенности в себе и устойчивости, укреплению целостности как внутреннего ощущения себя, уменьшению зависимости от мнения окружающих, проявлению (самовыражению) себя, общему повышению качества жизни по субъективной оценке клиента.

В качестве объекта исследования мы выбрали психологическое состояние людей с диагнозом «акне»: особенности восприятия себя (самопринятия или принятия себя), самооценки, уверенности, паттернов поведения и эмоционального состояния, а также способность кожного покрова восстанавливаться при психологическом воздействии.

Предмет исследования стали факторы, влияющие и запускающие изменения состояния людей (самовосприятие, самооценка, уверенность в себе, самовыражение, характер взаимодействия с социумом), способствующие/приводящие к акне.

*Ход исследования.* Для проведения исследования экспертной группой, в которую вошли психологи и врачи, был подготовлен и составлен протокол по методу PSY2.0, состоящий из шести консультаций с психологом.

Мы выбрали следующие критерии для отбора участников экспериментальной и контрольной групп:

- возраст 18–40 лет;
- отсутствие беременности;

- отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний, онкологических и психиатрических диагнозов;
- наличие справки от дерматолога/косметолога с диагнозом «акне».

Кроме того, мы определили перечень критериев невключения в исследование. Ими стали:

- 1 наличие в анамнезе онкологии и декомпенсированных соматических (сахарный диабет, заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, печени и т.п.) и/или психических заболеваний (на основании анкетирования, согласно слов пациента), СПИД, ВИЧ;
- 2 другие заболевания, не связанные с кожей, в стадии обострения (на основании анкетирования со слов пациента);
- 3 беременность;
- 4 терапия системными ретиноидами и пациенты на ЗГТ (заместительная гормонотерапия).

В экспериментальную группу (А) вошли 90 человек, в контрольную группу (Б) вошли 30 человек. Участники экспериментальной группы работали со специалистами-психологами по авторскому протоколу по методике PSY2.0 в количестве 6 психологических консультаций и проходили мониторинговые тестирования.

Контрольная группа Б проходила мониторинговые тестирования без психологических консультаций по авторскому протоколу по методике PSY2.0 и без любых других методов лечения, то есть в отсутствие вмешательств (30 человек).

Экспериментальная была распределена на две группы: группа О1, численностью 30 человек и группа О2, численностью 60 человек. На данный момент участники группы О1 завершили все 6 консультаций по протоколу, и мы можем представить предварительные результаты консультирования по авторскому протоколу по методике PSY2.0.

В качестве оценки состояния клиентов на протяжении исследования мы выбрали численный метод оценки степени тяжести акне, предложенный в 1975 году G. Plewig и A.M. Kligman. По этому методу общая степень тяжести оценивается с 1 до 4. Рас-



считываются отдельно комедоны и папулезно-пустулезная сыпь. Данный подход со временем модифицировался. Основанный на подсчете разных элементов сыпи, тест на общую угревую нагрузку (TAL, Total Acne Load) оценивает общую тяжесть акне.

В 2000 г. группой авторов Американской академии дерматологии (AAD) была представлена дополненная классификация акне. Данная система классификации максимально полно отражает тяжесть течения акне. В настоящее время в Российской Федерации, в отличие от других стран, нет общепринятой методики оценки степени тяжести акне. Многие российские дерматологи придерживаются в клинической практике AAD.

Классификация AAD отражает различные степени тяжести проявлений акне, поэтому была выбрана для анализа эффективности метода PSY 2.0 в рамках научного исследования по акне:

I степень – закрытые и открытые комедоны, а также единичные папулы;

II степень – от 10–15 и более папул и незначительное количество пустул;

III степень – выраженные воспалительные элементы, представленные множественной папулопустулезной сыпью, единичными узлами;

IV степень – выраженная воспалительная реакция в глубоких слоях дермы, с крупными узлами, кистами.

Также для анализа результатов исследования были выбраны такие параметры, как:

1. Фото «До» и «После» каждой сессии в частности и исследования в целом

2. Наследственная предрасположенность

3. Изменение параметров качество сна

4. Болевые ощущения в области высыпаний

5. Сопутствующие заболевания

6. Зуд

7. Питание

8. Предыдущий опыт лечения

9. Результаты теста-опросника самоотношения (ОСО) (Столин В.В., Пантелеев С.Р.) [6]

10. Результаты опросника SF-36 «Оценка качества жизни» [4]

11. Результаты шкалы тревоги Спилбергера-Ханина (STAI) [7]

12. Расширенная и мониторинговые анкеты участников

Для достоверности проверки гипотез в рамках исследования, условием участия были: подтвержденный диагноз в виде справки от врача дерматовенеролога, отказ от фармакологического лечения гормональными препаратами, а также отказ на время исследования от лечения топическими и системными ретиноидами.

В группе O1 приняли участие:

- участников с тяжелой степенью акне (IV степень) – 16,66%
- с III степенью акне – 30%
- со II степенью акне – 23,33%
- с легкой, I степенью акне – 30%.

*Результаты исследования.* По предварительным данным в рамках исследования в основной группе у участников мы отмечаем:

- остановку прогрессирования акне (снижение степени тяжести),
- улучшение и восстановление качества кожных покровов,
- улучшение качества сна и самовосприятия участников;
- подтвержденный эффективный результат на фотографиях «ДО / ПОСЛЕ».

В результате, у 4 участников исследования группы O1 количество сыпи увеличилось, у 13 – изменений в количестве и характере сыпи отмечено не было. У 13 – качество кожи значительно улучшилось, наблюдается снижение количества сыпи и снижение воспалительной реакции. К концу исследования не было выявлено ни одного случая с IV степенью акне.

Предварительный анализ Шкалы тревоги Спилбергера-Ханина в группе O1 показал нам, что после 5 консультаций как уровень ситуативной тревожности, так и личностной изменился.

На рис. 1 представлены результаты динамики шкалы ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина (STAI). По результатам первого мониторингового анкетирования количество участников с низким уровнем ситуативной тревожности выросло с 3 до 12, а количество участников с высоким уровнем ситуативной тревожности снизилось с 13 до 6. Количество участников со средним уровнем ситуативной тревожности снизилось с 14 до 12.

Шкала ситуативной тревожности ДО и ПОСЛЕ консультирования по авторскому протоколу PSY2.0 в группе О1

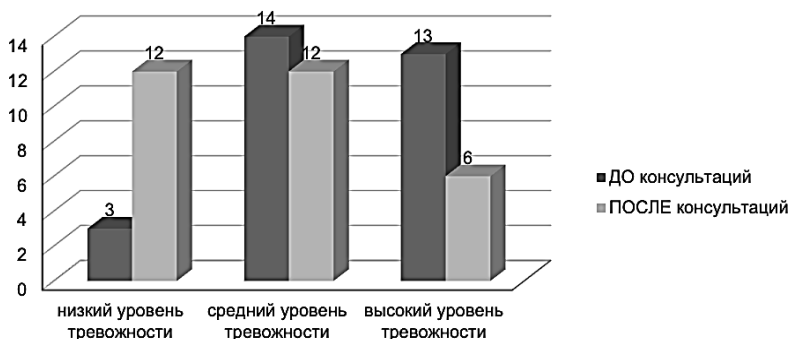


Рис. 1

На рис. 2 представлены результаты динамики шкалы личностной тревожности Спилбергера-Ханина. Количество участников с низким уровнем ситуативной личностной тревожности выросло с 1 до 5, а количество участников с высоким уровнем личностной тревожности снизилось с 13 до 9. Количество участников со средним уровнем личностной тревожности осталось неизменным – 14. Следует отметить, что составленный для консультирования протокол не предполагал фокусной работы ни с личной, ни с ситуативной тревожностью.

Шкала личностной тревожности ДО и ПОСЛЕ консультирования по авторскому протоколу PSY2.0 в группе О1

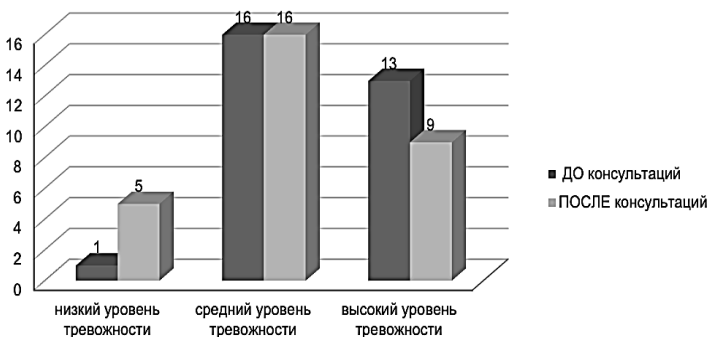


Рис. 2

Кроме того, для оценки внутренних (психологических) изменений, а именно – изменению уровня самопринятия, уверенности в себе и устойчивости, укреплению целостности как внутреннего ощущения себя, уменьшению зависимости от мнения окружающих, проявлению (самовыражению) себя, мы использовали субъективную оценку клиентов в мониторинговой анкете:

- субъективную оценку легкости отказывать окружающим по шкале от 0 до 10;
- субъективную оценку легкости проявляться по шкале от 0 до 10;
- субъективную оценку восприятия критики по шкале от 0 до 10.

В результате, в группе О1 были выявлены следующие результаты:

21 человек отметили повышение легкости отказывать, 5 человек отметили, что по данному показателю не произошло изменений, у 6 клиентов оценили свою способность отказывать ниже, чем до старта исследования;

22 человека отметили повышение легкости проявления/самовыражения, 7 участников, напротив, оценили ниже свою способность легко проявляться/самовыражаться, у 1 участника данный параметр не изменился;

10 человек отметили повышение легкости восприятия критики, 8 человек оценили данную способность ниже, чем до старта исследования, у 12 данный показатель не изменился.

Кроме того, в ходе мониторингового анкетирования были выявлены следующие данные по субъективной оценке участников:

1 показатель удовлетворенности состоянием своего тела составил в среднем 7 баллов из 10 до консультирования, и увеличился до 7,7 баллов из 10 после консультирования;

2 оценка сексуальности составила в среднем 6,4 балла из 10 до консультирования, и увеличилась до 8 баллов из 10 после консультирования;

3 оценка собственной красоты и привлекательности составила в среднем 7 балла из 10 до консультирования, и увеличилась до 8,26 баллов из 10 после консультирования;

4 частота переживания стыда снизилась с 4,4 баллов из 10 до консультирования до 3,25 баллов из 10 после консультирования;

5 оценка уверенности в себе выросла с 6,16 баллов из 10 до консультирования до 7,2 баллов из 10 после консультирования.

*Заключение.* Таким образом, по предварительным результатам работы группы О1 исследования эффективности метода PSY2.0 при работе с клиентами с подтвержденным диагнозом акне, мы отмечаем:

- значительные улучшение качества кожи, снижение количества сыпи и воспалений у 43% участников;
- значительные изменения показателей ситуативной тревожности, а также изменения показателей личностной тревожности;
- повышение способности отказывать у 70% участников;
- увеличение легкости проявления/самовыражения у 73% участников;
- рост субъективной оценки удовлетворенности от своего тела, красоты, привлекательности и сексуальности, а также снижение частоты переживания стыда вместе с увеличением уверенности в себе.

Мы продолжаем исследование, и вскоре сможем представить полные данные по двум основным, а также контрольной группам.

### Список литературы

1. Basavaraj K, Navya M, Rashmi R. Relevance of psychiatry in Dermatol: Present concepts. Indian J Psychiatry. 2010;52(3):270-275. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.70992>, Arck P, Slominski A, Theoharides T, et al. Neuroimmunology of stress: skin takes center stage. J Investigat Dermatol. 2006;126 (8):1697-1704. <https://doi.org/10.1038/sj.jid.5700104>
2. Караваева Т.А. Королькова Т.Н. Психологические механизмы и психосоматические соотношения при различных дерматозах // Клиническая дерматология и венерология – 2018, – Т. 17, – № 5, – с. 7–16.
3. Матвеев О.В. Справочник клинического психолога. – Изд. 2-е, испр. и доп. – СПб.: Свое издательство, 2017. – 488 с.: ил. – ISBN: 978-5-4386-1274-2, – с. 370–371.
4. Опросник SF-36 «Оценка качества жизни» [https://massage-sport.ru/sf\\_36/](https://massage-sport.ru/sf_36/)
5. Семешко О.Г. Патология кожных заболеваний. Традиционная и инновационная наука: История, современное состояние, перспективы

Часть 1 / Сборник статей по итогам Международной научно-практической конференции 04 июня 2022 г, – с. 11–15.

6. Тест-опросник самоотношения (ОСО), Столин В.В., Пантелеев С.Р. <https://onlinetestpad.com/ru/test/17-test-oprosnik-samootnosheniya-stolin-panteleev>

7. Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI) <https://psyttests.org/anxiety/stai-run.html>

**ДЯКИНА ЛИДИЯ ВИКТОРОВНА**

педагог-психолог

ТОГБУ "Центр поддержки семьи и помощи детям «Аистенок»

г. Мичуринск, РФ

beauty-lida@yandex.ru

**АРТ-ТЕРАПИЯ КАК СРЕДСТВО ДЛЯ РАЗВИТИЯ  
ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ СТАРШИХ  
ДОШКОЛЬНИКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ  
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

**Аннотация:** Основной проблемой этих детей является недоразвитие эмоциональной сферы, а ведь именно она является связующим звеном между мотивационными импульсами и познавательными процессами. Таким образом, дефицитарность онтогенетического процесса эмоциональной сферы ребенка в последующем развитии ребенка определяет ограниченность интеллектуального развития. Арт-терапия позволяет эффективно и мягко помочь ребенку с ОВЗ разрешить свои эмоциональные проблемы.

**Ключевые слова:** дети с ОВЗ, дифференцирование эмоций, эмпатическое понимание.

Современные требования образовательной системы предполагают построение учебно-воспитательного процесса таким образом, чтобы учитывались индивидуальные особенности каждого ребенка. Преимущественно это касается детей дошкольного возраста, имеющих ограниченные возможности здоровья, поскольку нарушения темпов нормального психического развития может привести в дальнейшем к стойкому отставанию в учебной деятельности. Специалисты, работающие с детьми с ОВЗ, отмечают, что основной проблемой этих детей является недоразвитие эмоциональной сферы, а ведь именно она является связующим звеном между мотивационными импульсами и познавательными процессами. Таким образом, дефицитарность онтогенетического процесса эмоциональной сферы ребенка в последующем разви-

тии ребенка определяет ограниченность интеллектуального развития.

Важно отметить, что если эмоциональный потенциал ребенка не получает должного развития именно в период дошкольного детства, то в последствии реализовать его полностью становится практически невозможно, так как именно в этом возрасте оформляются важнейшие эмоциональные аспекты: формируется глубина переживаний, эмоциональная осознанность, способность к дифференцированию своих личных переживаний, способность к эмпатическому пониманию эмоций других людей, формируется также регуляторная функция эмоционального состояния и поведения.

Специфической особенностью детей с ОВЗ является завышенный уровень эгоцентричности, отсутствие сформированной связи с окружающим миром. У таких детей, как правило, отмечаются слабо развитые, а зачастую и вовсе несформированные способности к пониманию и распознаванию своих эмоций и эмоциональных реакций и состояний. Неспособные к пониманию и распознаванию дети, соответственно, не имеют и навыков адекватного, приемлемого для социума, способа выражения своих эмоций.

Отсутствие таких навыков создает проблемы коммуникативной сфере: внутри детского коллектива возникают недопонимания и конфликты, а следовательно, создается благодатная почва для появления внутриличностных проблем, которые, в свою очередь, начинают проявляться в повышенной тревожности и агрессивности, в гиперактивности (попытка привлечь внимание) или застенчивости и замкнутости и т.д. именно этот фактор определяет важность и значимость психологической работы в детях с ОВЗ именно в дошкольном возрасте, поскольку это поможет не только обогатить эмоциональный потенциал детей, но и значительно смягчить, а возможно и полностью устранить недостатки развития эмоционально-волевой сферы.

Опираясь на теорию Л.С. Выготского о взаимосвязи эмоциональной сферы личности и аффекта с интеллектом, многие педагоги и психологи считают, что приоритетное значение в психолого-педагогической практике получают методы, техники и подхо-



ды, способствующие повышению самооценки, уверенности в себе, за счет достижения успехов в какой-либо деятельности.

По мнению О.А. Матвеевой, одним из большого многообразия таких средств является арт-терапия, так как психологические воздействия на личность старших дошкольников с ОВЗ с помощью искусства способны развить в них не только чувства эмпатии и понимания эмоциональных состояний, настроений других людей, но и формирует толерантное отношение к недостаткам окружающих, адекватно-критически воспринимать достижения и достоинства оппонента. Арт-терапия помогает заложить фундамент, или развить систему нравственных норм и морально-этических ценностей.

Под арт-терапией принято подразумевать терапию изобразительным творчеством, целью которого является опосредованное воздействие на психоэмоциональное состояние субъекта. В настоящее время арт-терапия есть междисциплинарный подход, базирующийся на стыке медицины, педагогики, психологии, этики и культурологии и некоторых других наук.

Клинические психологи И. Ирвуд, Э. Хольцман, Э. Холт и Д. Кайзер акцентировали свое внимание на том факте, что арт-терапевтические средства, используя «язык тела» – мимику и жесты – как средства выражения своего эмоционального состояния, положительно влияют на развитие эмоциональной сферы дошкольников с ОВЗ.

Исследования в области нейропсихологии доказали, что занятие ИЗО творчеством и техниками является, пожалуй, единственным естественным способом экспрессии своих чувств, поскольку оно предполагает тактильность (прикосновения), обоняние (запахи) и прочие сенсорные стимулы. Воздействие в ходе коррекции и развивающей работы на сенсорные системы ребенка стимулирует развитие эмоциональной сферы дошкольников с ОВЗ и способствуют коррекции эмоций, чувств и настроений детей, предотвращает возможность проявлений эксплозивных аффектов, дисфоричных всплесков и эмоционального стресса.

Арт-терапия в любой из форм является катализатором, стимулирующим активность полушарий головного мозга. Поскольку левое полушарие отвечает за разум и сознание, то именно оно

препятствует активному проявлению эмоциональных реакций, сдерживает их и не позволяет эмоциям выходить наружу. Психологическая помощь посредством творческой деятельности способствует активизации работы левого полушария, через воздействие на бессознательные процессы, которые блокируют истинные эмоциональные переживания. Подобная коррекционная форма работы позволяет скорректировать внутренние тревоги и страх, освободиться от разного рода комплексов, а также внутренних зажимов через осознание и последующее «исправление». Как отмечали Е. Кейн и В. Ловенфельд, опосредованное влияние искусства на сознательные и бессознательные стороны психики детей в корне меняют негативные проявления эмоций и позволяет выработать механизмы, повышающие самооценку личности.

Через самопознание, изучение своего «Я», через возможности самовыражения, которые предоставляет искусство, педагог-психолог, да и сам ребенок, получает возможность мягко и корректно изменить устоявшиеся стереотипы (паттерны) поведения, повысить адаптационные и регуляторные способности, найти компенсаторные возможности, и использовать эти возможности для успешной социализации ребенка с ОВЗ.

Арт-терапия в работе с детьми с ОВЗ в первую очередь предполагает рисование. Предпочтительность данного направления основана на цветовой системе: через анализ предпочитаемых цветов в рисунке специалисты могут получить информацию об актуальном эмоциональном состоянии ребенка. Коморбидность рисования как метода определяется диагностическими и развивающими феноменами.

Предпочтение в выборе арт-терапии из других методов и подходов базируется на том, что в данном подходе ребенок имеет право отказаться от работы, однако интерес и любопытство, как правило, вовлекают ребенка в работы мягко и экологично.

Основная цель арт-терапевтического занятия – психотерапевтическая и коррекционная, а потому основные акценты ставятся на процессе, а не на конечном результате, что снижает тревогу и страх оценки.

Многообразие форм и подходов приоритетно в работе с детьми с ограниченными возможностями, поскольку в ходе работы

специалист имеет возможность сочетать, взаимозаменять или просто менять вид деятельности, не меняя терапевтических целей. Для работы с детьми с особенностями развития в равной степени результативны и продуктивны практически все доступные терапевтические направления: изотерапия, имаготерапия, игротерапия, музыкотерапия, сказкотерапия, библиотерапия, мульттерапия.

Как уже говорилось ранее, изобразительная терапия базируется на «сигнальная цветовая система», согласно которой через предпочитаемый цвета ребенок не только сигнализирует о своем эмоциональном состоянии, но и может использовать этот цвет в коррекции своего текущего, актуального эмоционального состояния. Например, желтый цвет ассоциируется с теплым солнцем, летом, отдыхом; в ситуации, когда ребенку необходимо повысить фон настроения, можно рекомендовать ему использовать одежду или предметы желтого цвета.

Изобразительная арт-терапия являет собой способ самопознания своей эмоциональной составляющей, возможность самовыражения и раскрытия своего творческого потенциала, и вместе с тем можно корректировать ощущения через анализ процесса работы и результата, через соотнесение и сопоставление ожидаемого и конечного результата.

Музыкотерапия – метод коррекции через аудирование, музицирование, вокал. Феномен влияния музыки на эмоциональную сферу человека, способность воздействовать на фон настроения и развивать эмоциональность доказан учеными еще в XIX веке: в основу метода положена взаимосвязь телесного и эмоционального.

Различные музыкальные произведения вызывают различные эмоции, а, следовательно, влияют на биохимические процессы, меняется пульс, частота дыхания, реакции мускульной системы. Например, веселая, энергичная мажорная музыка обычно вызывает повышение фона настроения, ресурсность общего состояния, а грустная минорная мелодия, как правило, ассоциируется с грустью, печалью. Однако, минорная музыка, насыщенная суровой энергией и драматическими переживаниями, способствует выхо-

ду подавленных эмоций и активизирует физиологические процессы и вызывать активное состояние.

Игротерапия – еще один из наиболее эффективных средств коррекции

(поскольку основан на ведущей деятельности дошкольного возраста – игре) в целом, а для детей с ОВЗ, особенно, поскольку этот метод позволяет ребенку в игровой форме прожить травматичные для него ситуации, которых в реальной жизни он избегает, или отгорожен от них опекой родных. При этом «проживание» волнительных и пугающих ситуаций происходит при полной поддержке и эмпатии со стороны взрослого.

Библио – и сказкотерапия – это процесс создания ассоциативных связей между сказочными событиями и поведением в реальной жизни в качестве коррекционного воздействия. Это перенос сказочных смыслов в реальность. Этот метод зарекомендовал себя максимально эффективным в работе с детьми с задержкой психического развития, так как позволяет ребёнку именно осознать свои проблемы на примере сказочных героев, а в последующем и найти возможные и доступные варианты решения этих проблем на примере этих же персонажей. Для каждого конкретного случая и прорабатываемой проблемы подбирается литература для прочтения и анализа. Для укрепления коррекционного воздействия в последующей работе ребенок совместно с педагогом-психологом работает над созданием своего героя и придумыванием своей сказки, в которой герою предстоит пройти ряд испытаний и сложностей, аналогичных ситуации ребенка, успешно преодолев их. Библиотерапия эффективна при разрешении проблем страха, снижении или отсутствии учебной мотивации, лживости, непослушании, упрямстве.

Имаготерапия – вовлечение детей с ОВЗ в театрализованную деятельность дает положительную динамику в качественном развитии воображения, формировании его творческого компонента, развитии абстрактного и образного мышления, стимулировании гибкости и поливарианбельности когнитивных функций, обеспечивает становление знаково-символической функции мышления, стимулирует развитие произвольного внимания, способствует коррекции эмоционального состояния. В зависимости от физиче-

ских возможностей детей можно использовать как реальную постановку, так и кукольный театр, или даже театр теней.

Мультитерапия – мультифакторный метод, поскольку при таком подходе мы имеем возможность одновременно задействовать несколько систем восприятия ребенка: визуальную, аудиальную и кинестетическую, что значительно повышает эффективность и продуктивность терапевтической и коррекционной работы. Аналитическая беседа после просмотра способствует реализации развивающих задач: работа по развитию речи, обучение диалоговой речи, мышления, внимания, развитие навыков общения и умение отстаивать свою точку зрения.

Виды техник для работы с детьми также многообразны:

– каракули. Эту технику зарекомендовала себя как прекрасный метод работы с гиперактивными детьми, не способными контролировать моторику, неусидчивыми, не способными к длительному удержанию внимания. Это эффективный инструмент развития терпения, внимательности, усидчивости, самоконтроля и саморегуляции. Использование мелков в работе помогает снимать мышечное напряжение и внутренние зажимы;

Приемы изотерапии также многообразны, что позволяет подобрать для каждого ребенка наиболее оптимальный с учетом его личностных и физических особенностей:

– нестандартное рисование предметами: мятой бумагой, кубиками, губками, ватными дисками, зубными щетками или расческой, ватными палочками, нитками и веревочками, коктейльными трубочками и соломинками, ластиками, спичечными коробками, свечой, пробками, деталями от лего... Выбор предмета ограничивается только собственной фантазией автора.

– рисование пальцами, ладошками;

– рисование сухими листьями, сыпучими материалами и продуктами (как альтернатива песочной терапии);

– марания и кляксография.

Коррекционная эффективность арт-терапии основывается на переплетении двух основных механизмов: символическом реконструировании психологически напряженной для ребенка или даже травматической ситуации через творческий потенциал и пере-

нос модальности эмоциональных переживаний в указанной сложной ситуации.

По степени вовлеченности и занимаемой в работе позиции ребенка можно использовать две формы активности арт-терапии: активная и пассивная: быть потребителем готового материала или создавать его самостоятельно.

Анализируя нашу практику работы по применению методов арт-терапии в коррекционной работе с детьми с ОВЗ, можно отметить следующие позитивные результаты:

1. Эффективное и адекватное происходящей жизненной ситуации эмоциональное реагирование, придает ему (даже в случае сохранения агрессивного проявления) социально позволительные и допустимые формы реагирования, условно укладывающиеся в нормы этики и морали.

2. Процесс социальной адаптации и коммуникации для замкнутых, стеснительных или не заинтересованных в общении (аутистичных) детей с ограниченными возможностями становится менее стрессовым и фрустрирующим.

3. Развитие у детей навыком невербального контакта, способствует развитию навыков самопознания, рефлексии, преодолению коммуникативных барьеров и психологических защит, что особенно важно для детей с проблемами речевого развития.

4. Применение арт-терапии способствует повышению функции самоконтроля и саморегуляции за счет того, что изобразительная деятельность требует планирования и регуляции деятельности на пути достижения целей.

5. Формируется позитивная «Я-концепция» и повышается уверенность в себе, формируется самопринятие и самоуважение у ребенка с ОВЗ.

### Список литературы

1. Вачков И.В. Сказкотерапия. Развитие самосознания через психологическую сказку [Текст] / И.В. Вачков. – М.: Ось – 89, 2007. – 144 с.

2. Вачков И.В. Сказки о самой душевной науке: Королевство Внутреннего Мира. Королевство Разорванных Связей.

3. Волкова, С.В. Особенности эмоциональной сферы детей с задержкой психического развития. [Текст]: учеб. пособие / С.В. Волкова; – М.: Кноракс, 2008. – 189 с.

4. Королева, А.А. Использование креативных методов арт-терапии в коррекционно-развивающей работе психолога с детьми младшего школьного возраста с задержкой психического развития. [Электронный ресурс] // Специальное образование. – 2009. – № 3. – С. 46. Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/ispolzovanie-kreativnyh-metodov-art-terapii-v-korreksionnoy-razvivayuschey>

5. Мамайчук, И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии [Текст]: учеб. пособие / И.И. Мамайчук. – СПб. Речь. 2001. – 220 с.

6. Осипова, А.А. Общая психокоррекция. [Текст]: учеб. пособие для студентов высших специальных учебных заведений / А.А. Осипова; – Москва: ТЦ «Сфера», 2000. – 512 с.

**ДЯКИНА НАТАЛИЯ ВИКТОРОВНА**

медицинский психолог

ТОГБУЗ «Мичуринская психиатрическая больница»

г. Мичуринск, РФ.

dyakina2011@yandex.ru

## **АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ВЫЗВАННОЕ СЕТЕВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ: ВИДЫ, ПРИЧИНЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ**

**Аннотация:** Страх остаться без мобильного устройства получил название номофобии. Привычка отвлекаться на просмотр оповещений в смартфоне во время общения с реальным собеседником получила название фаббинга. Зависимость может сказаться на развитии когнитивных функций: на внимании, памяти и мышлении ребенка, на процессе социализации, на развитии способности к эмпатии, к глубоким социальным привязанностям, на способности решать повседневные задачи жизнедеятельности.

**Ключевые слова:** сетевая зависимость, зависимое поведение, аддикции, фаббинг.

IT-технологии и современные гаджеты создавались для реализации стремления человека к коммуникации, как источник информации, необходимой для развития когнитивных функций человека.

Однако в настоящее время ситуация такова, что постоянное, привычное, чрезмерно увлеченное пользование современными достижениями в области технического прогресса влечет за собой неуклонный рост вовлеченности в киберпространство, тягу к постоянному использованию смартфона и пребывание в сети интернет, и, как следствие, формируется патология развития личности. Вовлечение детей с раннего детства (практически с младенческого возраста родители в качестве «успокоительного» дают ребенку смотреть мультики на телефоне) формирует благодатную почву для склонности ребенка в последствии к замещению реальной жизни на виртуальную.



Однако, стоит отметить, что в зависимость от сети попадают не только дети, но и вполне сформированные взрослые личности.

В последние годы, в мировом научном сообществе регулярно проводятся исследования относительно влияния развивающихся технологических прорывов и изобретений на жизнь и здоровье человека, с том числе и исследования в области психического здоровья и благополучия человека. В российском научном сообществе факт негативного влияния смартфона, компьютера и интернет-сети, разумеется, не оспаривается, однако, глубоких и масштабных исследований в этой области до сегодняшнего времени пока не проводилось. Однако, информация о возможном запрете использования на территории России определенных мессенджеров отозвалась резким негативизмом, повышением тревоги и даже паникой, что доказывает колоссальную зависимость человека от информационной сети.

Эксперимент, проведенный специалистами в области психического здоровья и благополучия в Италии, как нельзя ярче показывает влияние IT-технологий на душевное благополучие и комфорт человека. Суть эксперимента состояла в том, что 300 человек на 15 дней оставили без мобильной связи. Спокойно пережили эту потерю 30% испытуемых, 70% ощущали нехватку телефона, 25% из них чувствовали себя просто отвратительно, 48% испытуемых признались, что без мобильного телефона у них пропал интерес к сексу.

Психологи, наблюдавшие за экспериментом, отмечали, внутреннее напряжение у участников от ожидания сообщения или любой другой новой информации и состояние готовности мгновенно отреагировать и ответить. Бесспорно, что результатом такой чрезмерной и длительной готовности состояния напряжения становится снижение продуктивности аттентивных функций. Эта зависимость в кругу специалистов получила название инфомании.

По некоторым зарубежным данным 72% не позволяют себе отдалиться от своего мобильного устройства далее, чем на 1,5 метра; 12% не оставляют телефон, даже при походе в ванну или туалет, 55% используют телефон даже при вождении автомобиля,

более 30% не исключают телефон и онлайн-жизнь даже во время романтических встреч и интимного общения. [см. 11].

Страх потерять мобильный или забыть его, лишиться доступа к сети получил название номофобии. Признаки данного вида фобического расстройства:

- смартфон всегда находится при пользователе.;
- приоритет внимания человека всегда отдается контролю уровню заряда аккумулятора, наличию сети или точки доступа wi-fi;
- при условии недоступности использования телефона или планшета человек испытывает состояние стресса с яркими эмоциональными и соматическими проявлениями;
- потребность в социализации и коммуникации сначала сужается, а затем и вовсе утрачивается, жизненные интересы и приоритеты человека очерчиваются исключительно зоной виртуального пространства.

В системе ценностей людей, склонных к зависимому от смартфона поведению, приоритет, несомненно, не на стороне собеседника. Привычка отвлекаться на просмотр оповещений в смартфоне во время общения с реальным собеседником среди специалистов в области психологии и психиатрии получила название фаббинга.

Фабберы (лица, страдающие зависимостью от новостных оповещений в телефоне) практически никогда не используют телефон для звонков, хотя постоянно проводят время в сети, они практически безотрывно пролистывают ленты в социальных сетях, прокручивают ролики в TikTok и Utube. Отчасти фабберы схожи по внешним признакам с геймерами – людьми, страдающими игровой зависимостью. Однако, в отличие от геймеров, фабберы боятся остаться без телефона, поскольку убеждены, что в любой момент в сети может появиться важная и интересная для них информация, которую они очень боятся пропустить. Люди с такого рода психическим расстройством всегда отличаются внутренним напряжением, социальной отгороженностью и холодностью, малым кругом общения и практически полным отсутствием

друзей, раздражительностью, эксплозивностью аффекта, отсутствием адекватных интересов и планов.

Феномен фаббинга, как вида психического нарушения, состоит в совокупности нескольких видов аддикций, а также в достаточно высокой аутострессогенности самого явления.

Говоря о сочетании нескольких видов аддиктивного поведения, на которых базируется фаббинг как явление, мы имеем ввиду зависимость от наличия телефона; частоту включенности в чаты посредством сообщений в мессенджерах; зависимость от социальных сетей, лайков и подписчиков на личных страничках и каналах; интернет-зависимость, геймблинг, зависимость от просмотра контента различных социальных сетей. Следствием всех этих факторов становится страх пропустить значимые события в социальных сетях и проблемы с самоконтролем.

Роль IT-технологий в современном обществе неоспоримо значима, однако и вред не менее значим, особенно если речь идет о еще несформированной личности, где пагубное воздействие может сказаться на развитии когнитивных функций, в частности на внимании, памяти и мышлении ребенка, на процессе социализации, на развитии способности к эмпатии, к глубоким социальным привязанностям, на способности решать повседневные задачи жизнедеятельности.

Бесспорно, что проблема зависимости от телефона и интернета – это проблема (равно как и при зависимости любого другого типа), прежде всего, психологическая, требующая своевременно адекватного реагирования и коррекции для предупреждения ее разрастания и углубления до патологической формы.

С точки зрения психологии, аддикция есть пагубное неконтролируемое пристрастие, привязанность, тяга к непрерывному использованию смартфона и других достижений IT-технологий. С этой точки зрения смартфон-аддикция, как и любая форма аддиктивного поведения – это пограничное состояние между нормой и патологией, переходное состояние между привязанностью и манифестацией симптоматики психического нарушения.

Современное общество находится под влиянием разнообразных форм и проявлений зависимости от смартфона и интернета. Наиболее популярны среди молодежи разнообразные мессендже-

ры, Utube и Tik-Tok, различные социальные сети, и , как следствие, именно такого рода отклонения и зависимости наиболее часто встречаются у людей молодого возраста. Достаточно часто встречаются коморбидные формы проявления поведения, отклоняющегося от нормы, а в последующем симптомов проявления зависимости как психического заболевания.

Зависимость от мессенджеров проявляется в первую очередь в потребности постоянном и непрерывном общении посредством текстовых сообщений, число которых может составлять по несколько десятков в нескольких чатах одновременно. При такой форме зависимости для человека комфортна именно текстовая форма коммуникации, а любого вербального контакта (будь то реальное живое общение, или просто звонок) человек старается избегать. Парадоксально, но даже романтическое общение молодых людей переводится в формат написания сообщения в мессенджере.

Для повышения скорости написания сообщения в молодежной среде нередко используется понятный пользователям жаргон, состоящий из аббревиатур и сокращенных слов и специфических выражений, смайликов или gif-картинок. Вследствие длительного общения текстовыми сообщениями человек утрачивает способность выражать свои эмоции, воспринимать интонации и настроение собеседника в реальном общении, что в последующем может перерасти в алекситимию. В отсутствие сообщений или лишенный возможности самостоятельно писать сообщения аддикт (человек, склонный к аддиктивному поведению) начинает испытывать сильную тревогу, раздражительность, у него резко снижается настроение.

Зарубежные исследователи приводят следующие результаты экспериментов:

- В Великобритании ежедневно отправляется более 50 миллионов сообщений.
- 62% пользователей мобильной связью отмечают у себя навязчивую склонность проверять телефон на наличие новых непрочитанных сообщений.
- 50% из них мгновенно отвечает на входящие сообщения.

- Постоянный обмен сообщениями в мессенджерах временно снижает IQ на 10%.

- У людей, чья работа сопряжена с написанием постов, общение и электронных писем, снижается концентрация внимания и продуктивность когнитивных функций в целом.

Максимально тревожные показатели регистрируются в этих экспериментах и исследованиях у подростков: 75% ни при каких обстоятельствах не выпускают телефон из рук, 40% заявляют, что «просто не могут без телефона жить», 35% убеждены, что «сотовый помогает уйти от проблем», 17% постоянно навязчиво нащупывают телефон в кармане, 13% испытывают раздражение, если кто-то берет их телефон, 8% даже ночью кладут под подушку или на прикроватную тумбочку, хотя отмечают, что внезапные ночные звонки мешают спать и сильно раздражают [8].

Количество людей, предпочитающих общение в социальных сетях, ежегодно увеличивается. Зависимость от социальных сетей чаще всего определяется как заболевание, вызванное чрезмерным использованием социальных медиа и мессенджеров несмотря на то, что в МКБ официально данный факт не получил своего кодирования, оно все более распространяется, и все чаще рассматривается как психопатологическое состояние. Эксперты в области синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) считают, что во многих случаях проблемы в формировании и развитии нервной системы у детей и подростком являются следствием негативного воздействия социальных сетей, мессенджеров и информационных и развлекательных каналов. Это воздействие особенно сильно выражено у детей, генетически подверженных риску СДВГ [13; 14; 17].

Ряд исследований приводит факты о численном превосходстве девочек и женщин, а также большей частоте, чем мальчики и мужчины, подверженности чрезмерному использованию социальных сетей, и лечению от СДВГ [18]. Современная жизнь требует создание профиля в одной или нескольких социальных сетях. Это могут быть твиттер, фейсбук, одноклассники, вконтакте, инстаграм.

Важно заметить, что граница между патологическим состоянием аддикции и простым увлечением соцсетями весьма размыта, что в целом специфично именно для нехимических зависимостей, и, следовательно, определить ее крайне сложно. К примеру, в Чикагском университете во время психологического исследования несколько недель наблюдали за сотней добровольцев и изучали их потребности. В результате эксперимента был сделан вывод о том, что зависимость от социальных сетей в разы сильнее, да и возникает намного быстрее, чем пагубная зависимость от алкоголя или никотина.

Некоторые исследователи выделяют зависимость от киберотношений: приоритет виртуальных друзей над реально существующими людьми, существуют даже варианты любовных интернет-отношений между людьми, которые в реальной жизни не были знакомы и ни разу не видели друг друга. Однако позже и роль такого рода общения отойдет на второй план, а смену ей придет потребность в просмотре 15-ти секундных видео на платформе Utube и TikTok. Отказываясь на первых порах от реального общения и заменяя его виртуальным, человек лишает себя возможности развивать навыки коммуникации, стимулирует развитие шаблонного, клипового мышления, снижает тем самым самооценку и социальную компетентность, что со временем приводит его полному отказу от коммуникации.

Диагностировать социальную дезадаптацию, отстраненность или отгороженность, еще раз заметим, довольно сложно. Тем не менее, можно сформулировать признаки, позволяющие заподозрить наличие склонности к зависимости от социальных сетей:

- навязчивое непреодолимое и неконтролируемое желание как можно чаще заходить на свою страничку в социальной сети, просматривать ленту новостей, фотографии и чужие профили, зачастую даже не знакомых людей, истории, проявить какую-либо иную активность в сети;
- частые жалобы членов семьи, друзей и коллег на то, что человек слишком много времени проводит в социальных сетях, предпочитая не замечать окружающей реальности;
- частые «негативные» эмоциональные проявления: раздражение, эксплозивные аффективные разрядки или паника, которые

могут проявиться из-за невозможности зайти в свой профиль, возникновение чувства одиночества и брошенности, ненужности и даже состояние депрессии;

- постоянное стремление находиться «онлайн», навязчивые мысли и ощущение, что «пока меня нет в сети, там без меня произойдет что-то необычайно интересное»;

- по мере нарастания аддиктивной симптоматики отмечается появление и обострение проблем с учебой, в семье, на работе – потеря интереса и прогулы;

- находясь в «онлайн жизни», человек может ограничить или полностью лишить себя еды, сна и других базовых потребностях;

- засыпание с телефоном в руках и стремление проверить его сразу после утреннего пробуждения.

Как мы уже говорили ранее, фэббинг – одна из наиболее сильных зависимостей, поскольку базируется одновременно на нескольких факторах.

- эмоциональная привлекательность, которая способствует активизации лимбической системы головного мозга. Стимуляторами в данном случае являются положительные оценки («лайки») и приятные и позитивные комментарии к фотографиям и постам. В результате воздействия стимулятора происходит высвобождение дофамина нейронами, что дает в свою очередь человеку ощущение комфорта и поднимает настроение. Это заставляет человека вновь и вновь возвращаться в сеть за эмоциональным подкреплением, переживая очередную приятную эмоцию.

- специфичность восприятия информационных компонентов, размещенных в социальных сетях, сознанием. Информация подается быстро и помногу, она крайне разнообразна и разнородна.

Мозг человека достаточно быстро адаптируется к такому темпу и ритму. Особо отметим разнородность получаемой информации, что в корне отличается от информации в поисковых системах, где четкость сформулированного запроса определяет однотипность ответов. Тогда как поиск интересного контента в социальной сети не требует усилий – нужно всего лишь открыть ленту новостей. Социальные сети привлекают молодых людей в своей доступностью, простотой и разнообразием, яркостью и быстро-

той сменяющих друг друга образов и картинок. А короткие видеоролики не требуют включения когнитивных функций вообще, поскольку зачастую совершенно не содержат печатного текста. Проблема дефицита внимания и социальной отрешенности и отгороженности людьми с заниженной самооценкой, возможно страдающими комплексом неполноценности из-за своей внешности. В социальных сетях об этом никто не знает, а потому можно представить себя в более выгодном, более привлекательном свете, приписать себе несуществующие заслуги и достоинства.

По мнению психологов и психиатров, исследующих проблемы телефонной зависимости, распространение социальных сетей, формирование сетевой аддикции является неоспоримым фактором влияния на рост количества тревожных и депрессивных расстройств в молодежной среде, а зачастую еще и причиной роста суицидальных попыток среди молодежи и подростков. Появление соцсетей и возникновение сетевой зависимости в современном обществе усилили феномен перфекционизма и нарциссизма. Сетевые аддикты – это люди, испытывающие дефицит внимания, они нуждаются в постоянном подкреплении и одобрении со стороны своих подписчиков. Такие люди невротично контролируют число лайков, подписчиков, читают все комментарии к своим постам и публикациям и очень остро реагируют на критику, снижение интереса к своим публикациям и сторис. Люди с заниженной самооценкой «подсаживаются» на реакцию в соцсетях, а когда она начинает снижаться или вовсе пропадает как источник энергетической подпитки для заниженной самооценки подростка может стать фатальной и привести подростка к мыслям о суициде.

Неконтролируемая жизнь в социальных сетях, или пагубное «злоупотребление» социальными сетями становятся причиной синдрома постоянной хронической усталости, непрерывному чувству «измотанности» и изможденности, физическому и эмоциональному истощению. Однако, есть и более серьезные факторы: смерть вследствие хронического недосыпа; убийства в состоянии аффекта, суициды; побег подростка из дома; эмоционально-волевые расстройства: депрессии и стрессы, вызванные потерей возможности доступа к интернету.



Несмотря на то, что возможности нашего мозга практически безграничны, он нуждается в отдыхе для проведения полноценной переработки, анализа и систематизации полученной в течение дня информации. Непрерывность информационного потока, поступающего в мозг современного человека, который большую часть времени проводит в онлайн, влечет его информационную перегрузку, а это, в свою очередь, вызывает чувство хронической усталости и даже изнеможения.

Одним из наиболее пагубных последствий зависимости от социальных сетей является утрата коммуникативных компетенций и навыков, снижение и потеря социальной адаптации. Подростки не понимают как учитывать ситуацию общения; не имеют навыков активного, пассивного и эмпатического слушания и восприятия информации; не умеют выдерживать или корректно заполнять паузы; не владеют навыками восприятия, распознавания, дифференцирования и понимания эмоциональных реакций опонента.

Снижение интеллекта – общего, социального, эмоционального – более глубокий и глубокий пласт инфериорности в следствии интернет и телефон-зависимости. Здесь и снижение ответственности процессов восприятия (перцепция), мнестических функций (снижение памяти), функций мышления (динамика, целенаправленность, операциональная сторона, гибкость и абстрактность), воображения, снижение или утрата способности к концентрации активного внимания, неспособность восприятия и понимания внутренних переживаний и состояний другого человека, неспособность здраво и адекватно воспринимать окружающую реальность.

Утрата способности распознавать эмоции и чувства других людей и свои собственные (алекситимия), снижение способности регулировать свои эмоциональные состояния – глубокое нарушение эмоционально-волевой сферы.

Утрачиваются (если они были сформированы) навыки устной разговорной и письменной речи. Вместо адекватной вербальной реакции виртуальном общении молодежь употребляет аббревиатуры, сокращения, символы – смайлики и gif-ки. Минимизируется словарный запас, возникают и усугубляются уже имеющиеся

до этого трудности в подборе нужных, ситуативно – обусловленных слов.

Психологи считают, что лица, склонные к интернет-зависимости, склонны к избеганию реальности путем фиксации внимания на потоке информации из интернет-пространства. Таким образом, мы говорим о попытке изменить свое психическое состояние путем погружения себя в информационный поток, который не поддается полноценному анализу и проработке сознанием, то есть, человек самостоятельно меняет свое сознание, искажает его. Однако, аддикт не пытается минимизировать поток информации, а, наоборот, наращивает источники поступления, формируя и укрепляя тем самым зависимость, средни наркотической. Короткие видеоролики в данном случае выполняют функцию информационного нон-стоп потока, не требующего концентрации внимания и анализа просмотренной информации, что в разы упрощает схему формирования зависимости и одновременно усиливает негативные последствия в виде интеллектуальной и личностной деградации аддикта. Главным становится неконтролируемое потребление все новой и новой, непрерывно нарастающем объеме разнообразной информации в режиме nonstop. Получая количество информации, удовлетворяющее его актуальную на сегодняшний день потребность, аддикт чувствует себя комфортно и безопасно, спокойно. Тогда как в отсутствие информационно- наркотической подпитки возникает внутреннеенапряжение и страх, появляется чувство эмоционального дискомфорта [2].

По мнению ряда авторов (Н.А. Гаркуша, В.Н. Кутрунов, Л.В. Сизова, В.А. Шапцев и др.) информационная аддикция сопряжена с информационным серфингом. Суть этого понятия заключается в неспособности человека сконцентрироваться продолжительное время каком-то на одном источнике информации, ему требуется постоянно увеличивать количество источников информации и каналы собственного восприятия.

В результате информационного прогресса мы получаем такие массовые последствия, такие как: клиповое мышление, цифровая амнезия, функциональная безграмотность, наркоподобная информационная зависимость, социальная отгороженность и эмо-

циональную тупость, которые из-за активного, ежедневного, стимулирования трансформируются в условные рефлекссы.

### Список литературы

1. Зависимость от гаджетов и номофобия. URL:[https://lala.lanbook.com/zavisimost-ot-gadzhetovi-nomofobiya\\_kak-vzyat-svoyu-zhizn-pod-kontrol](https://lala.lanbook.com/zavisimost-ot-gadzhetovi-nomofobiya_kak-vzyat-svoyu-zhizn-pod-kontrol).
2. Зависимость от информации. – URL: <https://stranasovetov.com/psychology/4991-information-addiction.html>.
3. Ковалева, Ю. В. Психологические типы субъектности членов сетевого сообщества (на примере социальной сети «Твиттер») / Ю. В. Ковалева // Психологический журнал. – 2020. – Т. 41, No 1. – С. 45–55.
4. Компания Ford рассказала об отношении людей к гаджетам. – URL: <https://www.drive2.ru/e/BnDdQEAAAtw> (дата обращения: 15.04.2020).
5. MindMapping и информационный серфинг. Развитие мышления посредством создания антагонистической пары / В.Н. Кутрунов, В.А. Шапцев, Н.А. Гаркуша, Л.В. Сизова // Современный учитель дисциплин естественнонаучного цикла: сб. материалов Междунар. науч.-практ. конф. – Ишим, 2019. – С. 14–21.
6. Мандель, Б.Р. Технологические аддикции переходят в наступление / Б.Р. Мандель // Мир психологии. – 2014. – No 4. – С. 193–205.
7. Мир: Отношение молодежи к гаджетам меняется. – URL:<https://novostit.com/mir-otnoshenie-molodezhi-k-gadzhetaommenyaetsya.html>.
8. «Мобильная» зависимость: телефон снижает интеллект и... либидо. – URL: <https://aif.ru/health/life/17891>.
9. Патракиева, А.А. Интернет-девиация как научная и социальная проблема / А.А. Патракиева // Вестник ЧелГУ. Сер.: Образование и здравоохранение. – 2015. – No 1 (3) – С. 97–102.
10. Суходолов, А.П. «PR-аддикция» как новый вид поведенческой аддикции / А.П. Суходолов, А.М. Бычкова // Вопросы теории и практики журналистики. – 2015. – Т. 4, No 4. – С. 321–334.
11. Шишков, В.В. Компьютерная зависимость детей, подростков и взрослых / В.В. Шишков, П.А. Кокурenkova // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2018. – Т. 21, No 2. – С. 189–199.
12. Bianchi, A. Psychological Predictors of Problem Mobile Phone Use / A. Bianchi, J.G. Phillips // Cyberpsychology & Behavior. – 2005. – No. 8. – P. 39–51.

13. Frontiers | Social Network and Addiction // [www.frontiersin.org](http://www.frontiersin.org).
14. Groundbreaking study examines effects of screen time on kids. – URL: [www.cbsnews.com](http://www.cbsnews.com).
15. Determinants of phubbing, which is the sum of many virtual addictions: A structural equation model / E. Karadag, S.B. Tosuntas, E. Erzen et al. // *Journal of Behavioral Addictions*. 2015. Vol. 4 (2). P. 60–74.
16. Roberts, J.A. My life has become a major distraction from my cell phone: Partner phubbing and relationship satisfaction among romantic partners / J.A. Roberts, M.E. David // *Computers in Human Behavior*. – 2016. – Vol. 54. – P. 134–141.
17. Why is synaptic pruning important for the developing brain? // *Scientific American Mind*. – 2017. – Vol. 28, no. 3. – P. 75.
18. Young K.S. Addiction to the Internet: A case that breaks the stereotype // *Psychological Reports*. – 10996. – Vol 79 (3; Pt. 1). – Pp. 899–902.

**ЗОЛОТАРЕВА АЛЕНА АНАТОЛЬЕВНА**

к. психол. н., доцент департамента психологии НИУ  
«Высшая школа экономики», г. Москва, РФ  
alena.a.zolotareva@gmail.com

## **НИЗКАЯ ГРАМОТНОСТЬ И ВЫСОКАЯ СТИГМАТИЗАЦИЯ В ВОПРОСАХ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ КАК ФАКТОРЫ, ОТВЕТСТВЕННЫЕ ЗА РАЗВИТИЕ СОМАТИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ**

**Аннотация.** Целью настоящего исследования является изучение грамотности и стигматизации в вопросах психического здоровья в России, а также их взаимосвязей с соматическим и психологическим неблагополучием. Опрос 1068 россиян показал, что большинство опрошенных стигматизируют людей с психическими заболеваниями и убеждены в том, что психические заболевания нельзя вылечить, но можно предотвратить. Низкая грамотность в вопросах психического здоровья связана с более частыми и интенсивными симптомами психологического неблагополучия, а высокая стигматизация в вопросах психического здоровья связана с более частыми симптомами соматического и психологического неблагополучия.

**Ключевые слова:** грамотность, стигматизация, соматические симптомы, тревожные симптомы, депрессивные симптомы

Стигматизация является одной из серьезных проблем современного общества из-за того, что люди с психическими заболеваниями часто подвергаются социальному неодобрению и дискредитации [Subu et al., 2021]. Чувства стыда и смущения, вызванные стигматизацией, ухудшают течение и прогноз психических заболеваний, препятствуют поиску помощи у профильных специалистов, ограничивают шансы на выздоровление и возвращение к привычному образу жизни [Sartorius, 1998].

Развитие стигматизации в обществе предупреждает высокая грамотность населения в вопросах психического здоровья. По данным недавних исследований, убежденность в том, что другие

боятся людей с психическими расстройствами и не доверяют им, свойственна людям, которые плохо осведомлены о причинах, лечении и профилактике психических заболеваний [Yin et al., 2023]. При этом низкая грамотность и высокая стигматизация в вопросах психического здоровья кажутся не только взаимосвязанными психологическими феноменами, но также факторами, ответственными за развитие соматического и психологического неблагополучия. Так, в период пандемии COVID-19 беременные с высокой грамотностью в медицинских вопросах реже испытывали симптомы тревоги и депрессии, чем беременные с низкой грамотностью в медицинских вопросах [Nagayama et al., 2022].

Целью настоящего исследования является изучение грамотности и стигматизации в вопросах психического здоровья в России, а также их взаимосвязей с соматическими, тревожными и депрессивными симптомами.

Сбор данных шел с июня по ноябрь 2023 года. Участниками стали 1068 добровольцев, откликнувшихся на объявление в социальных сетях о проведении психологического исследования. Выборку составили в основном женщины ( $n = 673$ ) молодого возраста ( $M = 21,43$ ;  $SD = 6,13$ ). Участники исследования заполнили следующие методики: шкалу соматических симптомов (Somatic Symptom Scale-8), шкалу генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder-7), опросник здоровья пациентов (Patient Health Questionnaire-15), шкалу воспринимаемой девальвации и дискриминации (Perceived Devaluation and Discrimination Scale) и авторский опросник, оценивающий грамотность в вопросах психического здоровья (например, «Стабильное настроение является одним из признаков психического здоровья»).

Результаты исследования показали, что 67% россиян сообщают о высокой стигматизации людей с психическими заболеваниями. Данная статистика совпадает со статистикой соматизации в Южной Индии и превышает статистику стигматизации у людей с психическими заболеваниями и специалистов, осуществляющих уход за детьми и подростками с психическими заболеваниями [Venkatesh et al., 2015; Alemu et al., 2023; Minichil et al., 2021].

Респонденты с более низкой стигматизацией менее уверены в том, что большинство психических заболеваний можно предотвратить ( $\chi^2(1) = 8,671, p = 0,003$ ) и более убеждены в том, что психические заболевания можно вылечить в большинстве случаев ( $\chi^2(1) = 9,574, p = 0,002$ ). Вне зависимости от степени стигматизации участники исследования были в большей степени согласны с утверждениями о том, что психическое здоровье связано со здоровым образом жизни ( $\chi^2(1) = 0,111, p = 0,739$ ), стресс не является причиной всех психических заболеваний ( $\chi^2(1) = 3,466, p = 0,063$ ) и стабильное настроение является одним из основных признаков психического здоровья ( $\chi^2(1) = 0,167, p = 0,683$ ). На рис. 1 показана статистика ответов респондентов с низкой и высокой стигматизацией.

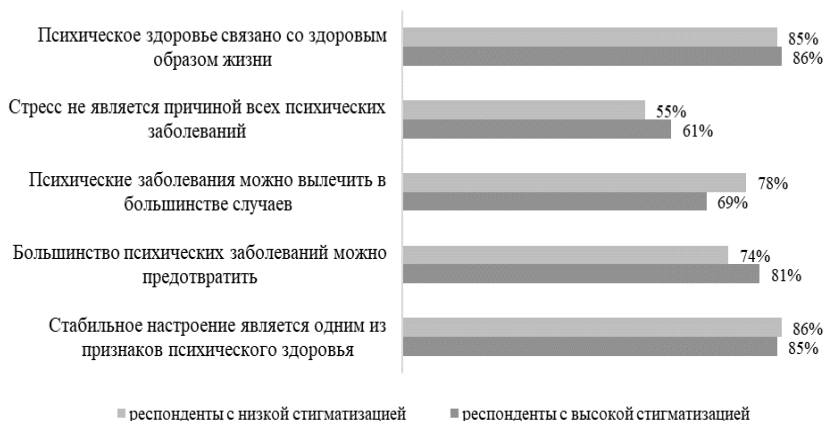


Рис. 1. Статистика ответов респондентов с низкой и высокой стигматизацией

Низкая грамотность в вопросах психического здоровья связана с тревожными ( $\beta = 0,099, p < 0,01$ ) и депрессивными симптомами ( $\beta = 0,080, p < 0,01$ ), а высокая стигматизация людей с психическими заболеваниями связана с соматическими ( $\beta = 0,372, p < 0,001$ ), тревожными ( $\beta = 0,380, p < 0,001$ ) и депрессивными симптомами ( $\beta = 0,503, p < 0,001$ ). Данные взаимосвязи, с одной стороны, совпадают с ранее выявленными данными о взаимосвя-

зях между стигматизацией и симптомами соматического и психического нездоровья, с другой стороны, указывают на особую природу соматических симптомов, которые с точки зрения социокультурных норм и ожиданий считаются более оправданными, чем симптомы психологического неблагополучия [Alonso et al., 2008; Kleiman, 1986; McNealy & Lombardero, 2020].

Таким образом, большинство россиян стигматизируют людей с психическими заболеваниями и убеждены в том, что психические заболевания нельзя вылечить, но можно предотвратить. Данные закономерности определяют необходимость разработки мероприятий по профилактике стигматизации и повышению грамотности в вопросах психического здоровья в России.

### Список литературы

1. Alemu W.G., Due C., Muir-Cochrane E. et al. Internalised stigma among people with mental illness in Africa, pooled effect estimates and subgroup analysis on each domain: Systematic review and meta-analysis // BMC Psychiatry. – 2023. – V. 23. – P. 480. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04950-2>
2. Alonso J., Buron A., Bruffaerts R., et al. Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: Results from the World Mental Health Surveys // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2008. – V. 118. – P. 305–314. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01241.x>
3. Haruyama Y., Miyagi E., Kobashi G. et al. Impact of health literacy on anxiety and depressive symptoms in pregnant women in Japan during the COVID-19 pandemic // Scientific Reports. – 2022. – V. 12. – ID 14042. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-18405-3>
4. Kleiman A. Social origins of disease and distress: Depression, neurasthenia, and pain in modern China. New Haven, CT: Yale University Press, 1986.
5. McNealy K.R., Lombardero A. Somatic presentation of mental health concerns, stigma, and mental health treatment engagement among college students // Journal of American College Health. – 2020. – V. 68. – P. 774–781. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1590372>
6. Minichil W., Getinet W., Kassew T. Prevalence of perceived stigma and associated factors among primary caregivers of children and adolescents with mental illness, Addis Ababa, Ethiopia: Cross-sectional study // PLoS



ONE. – 2021. – V. 16. – e0261297. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261297>

7. Sartorius N. Stigma: What can psychiatrists do about it? // *Lancet*. – 1998. – V. 352. – P. 1058–1059. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)08008-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)08008-8)

8. Subu M.A., Wati D.F., Netrida N., et al. Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: A qualitative content analysis // *International Journal of Mental Health Systems*. – 2021. – V. 15. – P. 77. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00502-x>

9. Venkatesh B.T., Andrews T., Mayya S.S. et al. Perception of stigma toward mental illness in South India // *Journal of Family Medicine and Primary Care*. – 2015. – V. 4. – P. 449–453. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.161352>

10. Yin H., Wardenaar K.J., Xu G., et al. Mental health stigma and mental health knowledge in Chinese population: A cross-sectional study // *BMC Psychiatry*. – 2023. – V. 20. – P. 323. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02705-x>

***ИВАНОВА АННА ГЕННАДЬЕВНА***

практикующий психолог, куратор научного исследования  
«Репродуктивное здоровье. Эндометриоз»  
научного центра «Псидваноль»,  
г. Москва, РФ

***ФИЛЯЕВ МИХАИЛ АНАТОЛЬЕВИЧ***

клинический психолог, гипнотерапевт, доктор философии в психологии  
(PhD), действительный член ОППЛ, автор метода психосоматической  
коррекции симптома «Метод PSY2.0», г. Москва, РФ

***ВИНОГРАДОВА ЕКАТЕРИНА ЛЬВОВНА***

к. психол.н., научный руководитель научного центра «Псидваноль»,  
г. Нижний Новгород, РФ  
e.vinogradova@psy20.science

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ РАБОТЫ С  
СИМПТОМАТИКОЙ ЭНДОМЕТРИОЗА С ЖЕНЩИНАМИ  
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПО АВТОРСКОМУ  
ПРОТОКОЛУ PSY 2.0**

**Аннотация.** Эндометриоз признан самым распространенным и тяжелым заболеванием женщин репродуктивного возраста, отрицательно влияющим на общее состояние, работоспособность и качество жизни больных. Данные популяционных исследований Всемирного исследовательского фонда эндометриоза (WERF) показывают, что в настоящее время эндометриозом болеют более 176 млн женщин в мире в возрасте от 15 до 49 лет (до 10% женщин репродуктивного возраста), а стоимость лечения, компенсации потери трудоспособности и реабилитации составляет около 76 миллиардов долларов в год, при этом большая часть средств уходит на компенсацию потери трудоспособности и менее чем в два раза – на само медицинское обслуживание. Число этих пациенток неуклонно растет, поэтому данное заболевание относят к разряду современных эпидемий [5].

В современном мире работа психолога с женщинами репродуктивного возраста, имеющими определенные заболевания, особенно актуальна в рамках коллегиального взаимодействия с врачами-гинекологами и репродуктологами.

В рамках данной статьи мы представим свой опыт работы в данной теме через организацию экспериментального исследования в научном центре Псидваноль, разработку авторского протокола PSY 2.0 в работе с женщинами.

**Ключевые слова:** эндометриоз, психотерапия, женское репродуктивное здоровье, психосоматический компонент.

В настоящее время эндометриоз является загадкой 21 века для гинекологии. Эндометриоз определяется как патологический процесс, характеризующийся образованием эктопических очагов функционирующей ткани эндометрия (желез и стромы).

В клинических рекомендациях EHRE от 2022, эндометриоз – доброкачественное хроническое рецидивирующее значительно влияющее на здоровье и репродуктивную функцию женщины, но, возможно бессимптомное, эстроген-зависимое прогестерон-резистентное воспалительное иммуннонекомпетентное заболевание, характеризующееся разрастанием вне полости матки ткани, имеющей морфологическое сходство со слизистой оболочкой тела матки.

Эндометриоз традиционно подразделяют на генитальный и экстрагенитальный, а генитальный, в свою очередь – на внутренний, аденомиоз (эндометриоз тела матки), и наружный (эндометриоз шейки матки, влагалища, промежности, ретроцервикальной области, яичников, маточных труб, брюшины, прямокишечно-маточного углубления и др.) [1].

Эндометриоз является многофакторным заболеванием, и, несмотря на длительное его изучение, этиология данного патологического процесса до сих пор не ясна [3].

В структуре гинекологических заболеваний занимает третье место после воспалительных процессов и миомы матки.

Проанализировав медицинские источники на эту тему, важно сказать, что существуют три клинически отличные формы заболевания: эндометриоидные импланты на поверхности брюшины малого таза и яичников (перитонеальный эндометриоз), кисты яичников (эндометриомы) и солидные образования сложной структуры, включающие наряду с эндометриоидной тканью жировую и мышечно-фиброзную ткань (ректовагинальные эндомет-

риодные узлы); каждая из трех форм может обладать или не обладать тенденцией к инфильтративному росту [3].

Все три формы эндометриоза могут быть вариантами одного патологического процесса или характеризоваться различными механизмами развития. Ключевые патогенетические звенья эндометриоза тесно взаимосвязаны и, помимо, ретроградной менструации включают: чрезмерную локальную продукцию эстрогенов, резистентность к прогестерону, воспаление и неоангиогенез, что не позволяет ингибировать патологический процесс на начальных стадиях и объясняет инфильтративный рост, инвазию в окружающие ткани с последующей их деструкцией и распространение поражений [2]. Согласно последним данным, эндометриозом во всем мире страдает примерно 176 млн. женщин, в основном, репродуктивного возраста (каждая десятая).

Первые проявления заболевания приходятся на тот момент времени, когда женщины получают образование, делают карьеру, строят партнерские отношения или создают семью. Годы изнуряющей боли, бесплодия, спорадической, а иногда полной потери трудоспособности препятствуют раскрытию потенциала и полной реализации возможностей этих женщин в экономической, социальной сфере и в семье, что позволяет отнести эндометриоз к социально значимым заболеваниям [4].

Согласно анализу различных источников (M. Fall, A.P. Baranowski и др., 2011; De Graaff AA1, D'Hooghe TM и др., 2013; Fourquet J1, Báez L, Figueroa M и др., 2011; Чупрынин В.Д., Языкова О.И и др, 2016), наличие заболевания, выраженность его клинических проявлений негативно сказывается на качестве жизни женщин с эндометриозом, вызывая впоследствии их социальную и личностную дезадаптацию.

Эндометриоз признан самым распространенным и тяжелым заболеванием женщин репродуктивного возраста, отрицательно влияющим на общее состояние, работоспособность и качество жизни. На сегодняшний день это состояние может привести к различным психологическим проблемам. Основным симптомом эндометриоза, являющимся одновременно и страданием, служит боль, генез болевого синдрома при эндометриозе до конца не выяснен.

Исследования В.Д. Тополянского, М.В. Струковской и В.Д. Менделевича в 1988 показали, что особенности психической деятельности оказывают влияние на состояние эндокринной и репродуктивной систем, что оправдывает психосоматический подход к определенным аспектам гинекологической патологии [6]. Именно поэтому нам было важно изучить наши профессиональные компетенции оказания психологической поддержки женщины с данным симптомом через современные знания психосоматических взаимосвязей и психотерапевтической работы.

В данной статье мы рассматриваются психологические и психосоматические аспекты работы с женщинами с симптомами эндометриоза, такие как боль, общее психоэмоциональное состояние и уровень тревожности.

В научном центре Псидваноль мы изучаем психосоматические связи между состоянием человека и симптомами заболевания, и проверяем эффективность психологического консультирования в работе с женщинами с помощью метода психосоматической коррекции симптома. В каждом исследовании участвует рабочая команда, в которую входят эксперты практические и клинические психологи, владеющие методикой PSY2.0, врачи и технические специалисты.

Мы проанализировали теоретические основы темы, клинические рекомендации для врачей, а также разработали авторский протокол психологического консультирования по методике PSY 2.0 для работы с женщинами репродуктивного возраста.

Экспериментальное исследование нам позволяет исследовать выделенные гипотезы о психосоматических взаимосвязях между симптомами заболевания и эффективностью психологической работы. Поэтому в качестве основной цели в данном направлении мы считаем объективную оценку эффективности применения методики PSY 2.0 в психологическом консультировании с помощью авторского протокола у участников исследования, имеющих диагноз “эндометриоз” с применением клинических, лабораторных и психологических средств диагностики как противорецидивное сопровождение пациентов.

Мы предполагаем, что использование авторского протокола по методике PSY 2.0 в работе с людьми в экспериментальной

группе будет способствовать снижению выраженности симптомов, остановке прогрессирования, что можно объективно измерить на основании значимой динамики клинических проявлений результатов УЗИ, субъективных отзывов пациентов и результатов психодиагностических опросников. В сравнении с традиционным лечением психологическая работа по авторскому протоколу будет иметь более быстрый и выраженный эффект, проявляющийся в ликвидации тазовой боли у женщин, восстановлении менструального цикла, предотвращении прогрессирования, коррекции детородной функции, повышении гемоглобина и остановки кровотечения, коррекции психоэмоциональных расстройств, повышения уровня качества жизни, уменьшение очагов эндометриоза.

Развитию эндометриоза могли предшествовать определенные стрессовые события в жизни исследуемого, работая с которыми возможно уменьшение выраженности симптомов ощущения боли, АМК, размеров или остановки развития и роста тканей за счет нормализации психоэмоционального состояния.

А такие показатели, как индивидуальные и личностные особенности женщин, уровень тревожности, нервно-психического напряжения, уровень депрессии непосредственно участвуют в формировании болевого синдрома при эндометриозе, который, в свою очередь, также может существенно нарушать психоэмоциональное равновесие и усиливать болевой синдром, изменения в гормональном фоне, которое мы измеряли в динамике.

Предполагается, что в ходе психологического консультирования по авторскому протоколу по методике PSY 2.0 в течении определенного времени, спустя 6 месяцев после начала участия в исследовании, мы отметим значимое снижение уровня напряжения, нормализации психоэмоционального состояния.

Наше исследование находится на завершающем этапе подведения итогов и анализа результатов в динамике. Но если коротко, всего приняли участие-76 человек. На основе анализа и оценки ответов расширенной анкеты участников, мы отметили, что пациенты с эндометриозом имеют жизненные вопросы, связанные с отсутствием ощущения себя в безопасности, не пережитые эмоциональные переживания, связанные с потерей (ребенка и др) вопросы, связанные с деторождением, и из этой ситуации исследу-

емый никак не может выйти – физически или уже только психоэмоционального состояния вместе с уменьшением или остановкой прогрессирования симптомов.

Практическая значимость работы определяется не только изучением эффективности авторского протокола работы, но и расширением профессиональных компетенций психологов в работе с психосоматическим компонентом, улучшением состояния женщины и выработка общей стратегии взаимодействия врача гинеколога и психолога.

В рамках исследования участницы подтверждают свой диагноз соответствующими медицинскими справками, сдают анализы до, после и в процессе исследования, далее вся выборка делится на 2 группы: основную, в которой проводится психологическая работа в течении цикла консультаций и контрольную группу, – без вмешательств.

В качестве формирующего этапа в исследовании мы используем специально созданный авторский протокол по методике Psy 2.0, который включает в себя 4 основных психотерапевтических сессии, от команды психологов научного центра.

Авторский протокол по психосоматической коррекции симптомов эндометриоза создан таким образом, что позволяет обработать несколько ключевых тем:

- восприятие состояния, симптомов заболевания,
- особенности проживания тем, связанных с деторождением: потери детей, нежелание иметь детей и сильная заикленность женщины в этой теме, давление близкого окружения, и спектр эмоций с этим связанных,
- работа с темами обиды, вины перед другими и социумом прощения себя и партнера, детско-родительских взаимоотношений
- тема партнерских отношений и расстановке приоритетов, доминанты жизненной цели.

Заметные улучшения в части психоэмоционального состояния отмечалось уже после второй сессии у большинства женщин, улучшилось самоощущение и восприятие себя, своих эмоциональных состояний, принятие процессов.

Таким образом, мы видим большие перспективы развития темы психосоматического подхода, соединяющего практический психологический и медицинский опыт взаимодействия в интегративном подходе для лечения женщин с симптомами эндометриоза.

### Список литературы

1. Абазова Э.Ф. Клинико-диагностические аспекты эндометриоза, диссертация. 2004.
2. Болевой синдром и некоторые психологические особенности больных эндометриозом // Тез. докл. научной сессии ПГМА. – Пермь, 1997. – 256 (соав. М.В. Швецов)
3. Министерство здравоохранения РФ. Клинические рекомендации «Эндометриоз», МКБ 10: N80.
4. Психосоматические нарушения у больных эндометриозом // Тезисы докладов научной сессии ПГМА. – Пермь, 1998, – 205 (соавт. М.В. Швецов).
5. Руженкова В.А., Швец К.Н., Медико-психологические характеристики и психические расстройства при генитальном эндометриозе (распространенность, клиника и терапия), 2016.
6. Щукина Н.А., Буянова С.Н. Современный взгляд на диагностику и лечение эндометриоза // РМЖ. Мать и дитя №14 от 01.07.2014 стр. 1002.



**ИВАНЦОВА ЕКАТЕРИНА ЕВГЕНЬЕВНА**

педагог-психолог, МБОУ «Средняя общеобразовательная школа №2»,  
г. Шадринск, РФ  
maxipulus@mail.ru

**ОСОБЕННОСТИ МЕТОДА НЕЙРОГРАФИКИ  
С ОБУЧАЮЩИМИСЯ «ГРУППЫ РИСКА»**

**Аннотация.** Понятие «группа риска» – характеризуется, как воздействие на подростка нежелательных факторов, способствующих формированию критической ситуации. С помощью нейрографики подросток учится слышать и понимать себя, окружающих людей, устанавливать контакт с собой и с другими, и с миром в целом.

**Ключевые слова:** метод нейрографики, подростки «группы риска», особенности метода.

Нейрографика – это творческий метод, который помогает осознать свою проблему и найти ее решение через рисование по специальному алгоритму. Нейрографика основана на систематизации зрительных образов, которые выносятся на рисунок в период постановки, формулирования и решения сложной проблемы. Спустя некоторое время подросток получит карту восприятия ситуации собственным подсознанием и сможет не только воспринять, но и найти решение поставленных задач [3, с. 22].

Метод нейрографики – это современный подход к формулированию, постановке и раскрытию смысла задач, с помощью переноса графических образов на бумажный или иной носитель. Сложное название метод получил от синтеза понятий, касающихся высшей нервной деятельности (нейро) и воспроизведения зрительных образов на рисунке (графика). Суть и смысл этой методики можно рассматривать как исследованное и приведенное к системе стремление человека визуализировать образы своих проблем, картины мира, чтобы придать им наглядное представление.

Метод нейрографики высокоэффективен для учащихся «группы риска», как способ решения трудных жизненных задач. Во время рисования подросток учится смотреть на ситуацию со сто-

роны, глубже понимать свою жизнь, находить ответы на важные вопросы о своих целях, предназначении, смысле жизни, своей роли и ценности в мире. Концентрация на своих ощущениях и чувствах вовремя арт – терапии способна навести порядок в жизни каждого.

Рассматривая особенности метода нейрографики, можно выделить следующие:

1. справиться с возрастными кризисами, травмами и потерями;
2. уравновесить психическое состояние;
3. восстановить контакт с собой и с окружающими людьми;
4. наладить взаимоотношения с родными и близкими;
5. установить равновесие между своими целями и внешними условиями;
6. скорректировать поведение;
7. почувствовать ощущение расслабления, единство с собой и своим внутренним «Я».

Пользуясь методом нейрографики, подросток получает картинку, на которой изображена волнующая его проблема. Если на сознательном уровне человек не может решить определённые задачи, он обращается за помощью к подсознанию, прорисовывая картинки. Рисуя простые фигуры, устанавливая между ними новые связи, мозг активно ищет решение проблем. Используется как логическое, так и образное, ассоциативное мышление [5, с. 37].

Метод нейрографики насчитывает порядка восьми основных алгоритмов работы, с его помощью можно графически на плоскости листа получить решение своей насущной задачи в области коммуникаций, взаимоотношений или эмоциональных стрессов.

В работе с обучающимися «группы риска» были использованы следующие алгоритмы: изменение своего отношения к случившемуся событию, снятие ограничений и негативных эмоций, трансляция миру своих желаний.

Алгоритм изменения своего отношения к случившемуся событию предполагает графическое изображение ситуации, которая принесла им негативные эмоции. Подростки прорисовывают, какие дополнительные события могли бы изменить ситуацию в

прошлом, оценивают её, смотрят на случившееся под другим углом, производят анализ ситуации.

Алгоритм снятия негативных эмоций, представляем собой быстрый и эффективный способ сброса негативных эмоций. Зачастую учащиеся «группы риска» не рассказывают, о случившемся, после сброса эмоций плавно начинается консультирование подростка.

Алгоритм трансляции миру своих желаний, направлен на осознание своих целей, сложен для учащихся «группы риска» тем, что они ничего не желают, поэтому в совместной работе с психологом выстраивается иерархия желания от самого простого к сложному. В процессе консультирования формируется план действий по достижению этих целей [4, с. 67].

Таким образом, применение нейрографики как арт-терапевтического метода возможно в сочетании с другими видами психотерапии, активно используется для решения множества психологических проблем. Она работает именно благодаря тому, что через маркер и бумагу человек находится на связи с самим собой. Применение метода нейрографики способствуют проработыванию вытесненных переживаний и созданию конструктивной стратегии на будущее.

### Список литературы

1. Берн Э. Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы. – В кн.: Игры, в которые играют люди. – СПб.: Лениздат, 2004. – 250 с.
2. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. «Путь к волшебству, Теория и практика арт-терапии». СПб.: Златоуст, 2005. – 300 с.
3. Киселева М.В. «Арт-терапия в работе с детьми». СПб.: Речь, 2008. – 345 с.
4. Копытин А.И. Арттерапия в общеобразовательной школе. Методическое пособие. М.: «Когито-Центр», 2008. – 288 с.
5. Овчарова Р.В. Практическая психология образования / Р.В.Овчарова. – М.: Академия, 2010. – 567 с.
6. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – М.: Владос, 2000. – 459 с.

**КАЛАКУЦКАЯ АЛИНА АЛЕКСАНДРОВНА**

Московский Государственный психолого-педагогический университет,  
г. Москва, РФ

kalakutskaya@gmail.com

## **ВОЗМОЖНОСТИ МЕТАФОРИЧЕСКИХ АССОЦИАТИВНЫХ КАРТ В ПРАКТИКЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ**

**Аннотация.** В статье описывается спектр использования метафорических ассоциативных карт в сфере психологического консультирования. Обозначены ключевые клиентские запросы, в работе с которыми специалисты применяют метафорические карты. Предложена оригинальная форма использования данного инструмента в виде коллажей, изготовленных клиентами самостоятельно.

**Ключевые слова:** метафорические ассоциативные карты, психологическое консультирование, личностные смыслы, коллажи.

Метафорические Ассоциативные Карты (МАК) представляют собой карточки с картинками (реже – схемами, словами или фразами), размером с игральные карты или открытки. МАК стали особенно популярны в России в последнее десятилетие, что обусловлено, во многом, впечатлением от простоты их использования, которое они производят благодаря сходству с игральными картами.

Стоит отметить, что в современном научном пространстве не представлено определение МАК. Стремясь восполнить этот пробел, с позиции культурно-исторической психологии и деятельностного подхода, мы рассматриваем МАК как культурные средства, используя которые «...специалист вызывает к осознанию те важные и значимые смыслы у респондента, которые ранее им не были доступны» [9]. Такой подход предъявляет достаточно высокие требования и к специалисту, и к самой процедуре использования МАК. Исходя из этого, картины, графика, скульптуры, сказки, стихи, кинофильмы, театральные постановки, танцевальные и эстрадные номера, музыкальные композиции, опера, балет,

фотографии и другие формы художественных произведений тоже можно отнести к метафорическим картам, тем не менее, в нашей работе мы держим основной фокус внимания на продуктах художественного творчества и, соответственно, на более привычной форме метафорических карт, а именно – картинках. Также в контексте психологического консультирования мы можем предполагать, что все слова, которые говорит психолог, его жесты, внешний вид – это тоже своеобразные метафорические карты, которые клиент каким-то образом для себя «означивает», и, соответственно, осознает.

Если обратиться к истории создания МАК, то указание на использование карт в психологическом консультировании изначально рассматривалось как ведущее. В частности, один из создателей метафорических карт Моритц Эгетмейер еще на этапе разработки первой колоды «ОН» осознал, что карты – это «столь долго искомый инструмент, с помощью которого он мог бы подтолкнуть пациента к откровенному разговору о себе и своих проблемах» [5, с. 12].

В первом руководстве по метафорическим картам, вышедшем в России в 2015 году, Буравцова Н.В. и Дмитриева Н.В. указывают на то, что в основе МАК лежит механизм проекции, поэтому «при необходимости эти наборы можно использовать как любую из проективных методик» [2, с. 25]. В руководстве приводятся примеры практического применения метафорических карт в консультировании и психотерапии клиентов с запросами, касающимися широкого круга тем: синдром эмоционального выгорания, депрессивное состояние, нарушение идентичности, суицидальное поведение, страхи, профессиональная деформация личности и др.

В другом издании Буравцова Н.В. [1] фокусируется на особенностях консультативной работы с детьми и подростками, предлагая специализированные колоды, техники, алгоритмы, а также описывая клиентские случаи, связанные с наиболее актуальными темами для клиентов данных возрастных групп: мотивация к учебной деятельности, самооценка, подростковый негативизм, деструктивное и аутодеструктивное поведение, психосоматические расстройства, детско-родительские отношения, коррекция эмоциональных состояний и др.

Кац Г. и Мухаматулина Е., описывая варианты работы с МАК в психологическом консультировании, прежде всего видят в использовании карт не методику, а «средство взаимодействия с клиентом» [4, с. 26], так как МАК позволяют быстро установить контакт между терапевтом и клиентом, способствуют созданию безопасной атмосферы, формированию доверительных отношений и т.д.

Рассматривая метафорические карты как инструмент работы с семьей, Толстая С.В. делится опытом использования метафорических карт в семейном консультировании в трех системах: супружеские, детско-родительские, сиблинговые отношения. Автор также рекомендует использовать МАК в «для общения с членами семьи и близкими людьми на острые, возможно болезненные, глубоко личные темы» [10, с. 35] с целью повышения уровня взаимопонимания.

Также стоит упомянуть, что ряд других авторов указывают на богатый потенциал использования МАК для консультационной деятельности: Ингерлейб М.Б. [3], Милорадова Н.Е. и Попова Г.В. [6], Морозовская Е.Р. [7], Офра Аянон [11] и др.

Следовательно, мы можем отметить, что уже сейчас налицо широкий спектр использования МАК в консультационной практике с клиентами разного возраста, обращающимися с различными запросами к специалисту.

Однако, одновременно с внедрением метафорических карт в сферу консультирования, всё ярче проявляются трудности, с которыми может столкнуться консультант при их использовании. В частности, на сегодняшний день практиков консультирования волнуют следующие аспекты использования МАК: во-первых, это отсутствие единых правил оформления МАК и описания стандартизированных процедур их использования; во-вторых, широко распространенный среди клиентов миф о том, что карты – это инструмент для гадания, словно они уже содержат определенные значения; и, в третьих, трудности, возникающие у некоторых клиентов, связанные с тем, что они не понимают как относится к тому, что изображено на карте и как это похоже или не похоже на их жизнь.

Более подробно остановимся на третьем моменте. Действительно, в практике психолога-консультанта часто встречаются случаи, когда клиент испытывает трудности при работе с МАК, в частности, не понимая, как то, что изображено на карте, относится к его запросам, что это для него. По нашим данным, эта проблема отчасти снимается, если клиент работает не с готовыми картами, а конструируют карты самостоятельно методом коллажа, – в этом случае клиенты более открыты к диалогу, продуцируют большее количество ассоциаций к «своей» карте, а также более развернуто и конкретно говорят о том, чем данная карта «похожа» на их жизнь. Таким образом, параллель «я – коллаж» проявлена для него как нечто естественное, хотя при работе с готовыми изображениями (метафорическими картами из колоды) такой эффект достигается не во всех случаях.

Результаты проведенного нами исследования указывают на целый ряд преимуществ использования самостоятельно изготовленных МАК в виде коллажа, по сравнению с готовыми картами из колоды:

1 помогают респондентам более развернуто рассказывать о себе, о своей личной жизни, то есть эффективнее выявляют личностные смыслы;

2 маркируются авторами как изображения, которые более полно передают то, что является значимым в их жизни;

3 коллаж из журнальных вырезок доступен всем, вне зависимости от образования и опыта профессиональной деятельности, он напоминает аппликацию и не вызывает заведомого напряжения и волнения у испытуемого, чего нельзя сказать, например, о рисунках;

4 когда испытуемые сами делают МАК, они перестают настороженно относиться к метафорическим картам, тем самым самостоятельно убеждаясь в том, что МАК – это не гадательный инструмент, а психологический.

В соответствии с результатами исследования, МАК в виде коллажа, то есть метафорические карты, изготовленные испытуемыми самостоятельно, являются более эффективным инструментом для выявления личностных смыслов, по сравнению с готовыми метафорическими картами. Они могут быть использова-

ны отдельно или вместе с классическими колодами для изучения личностного потенциала, а также в качестве катализатора, способствующего терапевтической коммуникации, обеспечивая выход на более углубленную психотерапевтическую работу.

Предлагая участникам создавать карты самостоятельно, мы исходили из того, что «выйти за рамки собственных наличных представлений человек может лишь благодаря своей реальной деятельности, преобразующей (пусть и идеально) объект этой деятельности в иной «предмет» и тем самым позволяющей трансформировать свои прежние представления» [8, с. 24]. Таким образом, благодаря новым способам действий (в данном случае, коллажированию) человек получает возможность выявить для себя новые ценностные смыслы, которые, вероятно, при других условиях не были бы актуализированы и осознаны им.

Очевидно, что в нашем исследовании мы обращаемся к МАК и как к коммуникативному инструменту, а коммуникация, особенно рассмотренная в личностном измерении, – важнейший медиатор в системе совместной деятельности [8]. Исходя из этого, мы предполагаем, что одним из самых перспективных направлений изучения МАК может стать исследование возможностей карт через призму консультирования как совместно-распределенной деятельности консультанта и клиента.

Таким образом, используя МАК, мы вторгаемся в область глубочайших проблем личности, и это может потребовать от специалиста ювелирной работы. Мы никогда не знаем, как человек реагирует на ту или иную карту, ведь МАК – это инструмент, который преимущественно работает с бессознательным. Очевидно, что такое инновационное, современное и очень нужное средство требует в дальнейшем целенаправленного и пристального изучения, формирования прочной теоретической базы и разработки регламента его использования специалистами прежде всего в той сфере, где МАК используется активнее всего: в психологическом консультировании.



## Список литературы

1. Буравцова Н.В. Использование ассоциативных карт в работе с детьми и подростками. – Новосибирск, 2017. – 200 с.
2. Дмитриева Н.В., Буравцова Н.В. Метафорические карты в пространстве консультирования и психотерапии. – Новосибирск, 2015. – 228 с.
3. Ингерлейб М.Б. Метафорические ассоциативные карты. Полный курс для практики. – СПб.: Питер, 2022. – 192 с.
4. Кац Г.Б., Мухаматулина Е.А. Метафорические карты: Руководство для психолога. – Москва, 2018. – 160 с
5. Киршке В. Клубника за окном. Ассоциативные карты для коммуникации и творчества. Germany: Oh Verlag, 2010. – 240 с.
6. Милорадова Н.Е., Попова Г.В. Психологические механизмы применения метафорических ассоциативных карт в индивидуальном консультировании // Проблемы сучасної педагогічної освіти: сб. стат. – Ялта: РВВ КГУ, 2014. – Вып. 42. – Ч. 5. – С. 207–217.
7. Морозовская Е.Р. Проективные карты в работе психолога: полное руководство. – Одесса: Институт Проективных Карт, 2013. – 116 с.
8. Нечаев Н.Н. Коммуникация в системе понятий культурно-исторической психологии и теории деятельности // Развитие коммуникативно-рефлексивных способностей у детей 6-10 лет в зависимости от способов организации учебных взаимодействий: Коллективная монография / Под редакцией В.В. Рубцова. – Москва: ФГБОУ ВО МГППУ, 2023. – 203 с. – С. 8–44.
9. Нечаев Н.Н., Калакуцкая А.А. Метафорические ассоциативные карты как артефакт культуры и их диагностические возможности. [Электронный ресурс] – URL: <https://psy.su/feed/10806/>
10. Толстая С.В. Метафорические ассоциативные карты в семейном консультировании. – М., 2019. – 260 с
11. Ayalon O. Healing trauma with metaphoric cards. // Therapy Today. – September 2009. – P. 22–24.

**КАРПОВА ЭЛЬВИРА БОРИСОВНА**

к. психол. наук, доцент, доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных состояний Санкт-Петербургского государственного университета, г. Санкт-Петербург, РФ  
e.karpova@spbu.ru

**ГУРЕЕВА ЮЛИЯ АНАТОЛЬЕВНА**

Санкт-Петербургский государственный университет,  
г. Санкт-Петербург, РФ  
st068984@student.spbu.ru

**ПЕРЕЖИВАНИЕ ОДИНОЧЕСТВА  
И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ  
У ЛИЦ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ  
КИБЕРКОММУНИКАТИВНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

**Аннотация.** В статье рассматриваются результаты исследования, посвященного изучению связи склонности активных пользователей социальных сетей к киберкоммуникативной зависимости с такими личностными характеристиками как уровень эмоционального интеллекта и субъективное переживание одиночества. В исследовании приняли участие 180 человек возрастом от 18 до 73 лет. Чувство одиночества более выражено у людей с признаками киберкоммуникативной зависимости, чем у людей с минимальными ее проявлениями. Была выявлена также обратная взаимосвязь между уровнем субъективного чувства одиночества и уровнем эмоционального интеллекта: чем выше эмоциональный интеллект, тем меньше выраженность переживания одиночества.

**Ключевые слова:** активные пользователи социальных сетей, киберкоммуникативная зависимость, одиночество, эмоциональный интеллект, общение в интернете.

Мы живем в эпоху бурного развития новых информационных технологий. Мировая паутина – практически неограниченный источник информации – не только позволила дистанционно обучаться, вести бизнес, получить доступ к широкому спектру услуг, но и открыла людям новый способ межличностной неформальной коммуникации. Сетевое общение в социальных сетях и мессенджерах имеет свои особенности, многие из которых делает их

130

привлекательными для пользователей: анонимность, контроль над выбором собеседника, гибкость и вариативность трансляции собственных чувств и настроения, возможность игнорировать социальные нормы. Все большее распространение такого общения, казалось бы, должно способствовать развитию связей между людьми и избавлению их от чувства одиночества. Однако, несмотря на растущую популярность общения через интернет, проблема одиночества остается актуальной для многих людей. Одиночество может присутствовать в жизни любого человека, независимо от количества друзей, семейного статуса, социального положения и материального благополучия. Субъективное ощущение одиночества может влиять на желание проводить больше времени в виртуальном мире.

В современной научной литературе выделяют две противоположные позиции относительно связи между общением в социальных сетях и переживанием одиночества [6]. Представители первой позиции считают, что интернет-коммуникация только усугубляет чувство одиночества, ограничивая возможности общения в реальности, поскольку чрезмерное использование Интернета в целом, и социальных сетей в частности, приводит к ограничению семейных контактов и сужению социальных связей [8]. Кроме того, с их точки зрения, коммуникацию в виртуальном формате трудно считать полноценной и эффективной. Долгое общение человека в социальных сетях под вымышленным виртуальным именем не позволяет ему эффективно представлять себя в межличностном взаимодействии. Бывает, что открытые и общительные в социальных сетях люди могут оказаться замкнутыми и неактивными в общении в реальной жизни [5].

С другой, противоположной точки зрения, интернет может помочь людям поддерживать связи с друзьями и знакомыми, особенно в случаях, когда физическое присутствие их в реальном мире ограничено (например, из-за географической отдаленности, занятости или других обстоятельств) или когда другие обстоятельства мешают непосредственному общению [1].

Сторонники обеих позиций имеют веские аргументы, однозначного ответа на этот вопрос нет, и ответ на него требует дополнительных эмпирических исследований.

Актуальным представляется не только изучение связи киберкоммуникации и субъективного чувства одиночества, но и взаимосвязи ухода от «живого» общения в виртуальное с уровнем эмоционального интеллекта.

Отсутствие невербальных элементов в процессе интернет-контактов (важных элементов общения, которые не всегда можно передать словами), использование смайлов вместо вербального выражения своих чувств или замена ими невербального проявления эмоций могут влиять и на «качество» общения, и на уровень эмоционального интеллекта у активных пользователей социальных сетей [2].

Таким образом, в нашей работе ставились два исследовательских вопроса – существует ли связь между уровнем киберкоммуникативной зависимости и переживанием одиночества и связаны ли эти характеристики с уровнем эмоционального интеллекта.

Исследование проводилось среди активных пользователей социальных сетей посредством гугл-форм.

Всего в исследовании приняли участие 180 человек: 23 мужчины и 157 женщин. Средний возраст испытуемых –  $30 \pm 11,58$  лет; минимальный возраст – 18 лет; максимальный – 73 года. Мода возраста составила 18 лет (8,9%).

Ровно половина (50%) респондентов имеют высшее образование, четверть (25%) – неоконченное высшее, остальные 25% людей имеют среднее образование.

Были использованы следующие методы исследования: опросник, направленный на исследование эмоционального интеллекта, – ЭМИн [4]; «Тест диагностики киберкоммуникативной зависимости» А.В. Тончевой; Опросник для определения вида одиночества С.Г. Корчагиной [3]. Для математико-статистической обработке полученных данных использовались следующие методы: описательные статистики, частотный анализ, критерий согласия Колмогорова-Смирнова, t-критерий Стьюдента, U-критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ Спирмена.

Результаты исследования.

Самыми распространенными мотивами использования интернета оказались: информационный (его упомянули 94% респондентов); коммуникационный (78,8%); деловой (52,7%). Следует

отметить, что в сравнении с исследованием, проведенном нами в период пандемии, коммуникационный мотив уменьшился на 10% (ранее он составлял 87,8%) [2].

Несмотря на то, что большинство респондентов являются активными пользователями интернета, лиц с признаками киберкоммуникативной зависимости оказалось сравнительно немного – 13,9. Полученные результаты свидетельствуют о том, что общение в социальных сетях устойчиво вошло в жизнь современных людей, часто связано с переходом многих профессий в онлайн-формат, удобством удаленного общения и легкостью установления новых знакомств, но лишь в редких случаях пользование интернетом становится аддикцией.

Корреляционный анализ полученных результатов показал, что существует отрицательная корреляция между уровнем киберкоммуникативной зависимости и возрастом: чем старше возраст респондентов, тем ниже у них уровень зависимости.

Обнаружена положительная корреляционная связь между уровнем киберкоммуникативной зависимости и субъективным переживанием одиночества (абсолютное значение коэффициента Спирмена ( $|r_{xy}| = 0,616$ ) попадает в диапазон от 0,5 до 0,69, что говорит о средней силе корреляции между двумя исследуемыми характеристиками). Уровень значимости  $p < 0,01$  свидетельствует о высокой достоверности полученных результатов.

Для ответа на исследовательский вопрос о связи киберкоммуникативной зависимости с уровнем эмоционального интеллекта и уровнем субъективного переживания одиночества выборка была разделена на две группы: с наибольшим количеством баллов по тесту (среднее $+\sigma$ ) – 25 человек и с наименьшим количеством баллов (среднее $-\sigma$ ) – 28 человек. Сравнительный анализ данных (t-критерия Стьюдента), полученных с помощью методики ЭМИн в двух полярных по признаку коммуникативной зависимости групп, выявил различия между ними. Респонденты с высокими баллами по тесту киберкоммуникативной зависимости имеют более низкий уровень эмоционального интеллекта по сравнению с теми, у кого низкие баллы по этому тесту ( $t = 2,555$ , при  $p = 0,116$ ), то есть, уровни эмоционального интеллекта в двух группах различаются на высоком уровне значимости.

Статистический анализ (критерий Манна-Уитни) показал, что люди с выраженными признаками киберкоммуникативной зависимости в большей степени характеризуются субъективным переживанием одиночества, чем те, кто не зависим от интернета ( $U = 119$ , асимптотическая значимость двусторонняя  $p < 0,001$ ).

Согласно проведенному корреляционному анализу, возраст не имеет существенной связи с эмоциональным интеллектом и субъективным переживанием одиночества. Вместе с тем оказалось, что эти две характеристики связаны между собой на статистически значимом уровне ( $r = -0,367$  при уровне значимости  $p = 0,007$ ), то есть люди, сильнее переживающие одиночество, имеют более низкий эмоциональный интеллект.

Таким образом, согласно полученным результатам, несмотря на растущее вовлечение людей в общение в социальных сетях, оно далеко не всегда формирует у них киберкоммуникативную зависимость. Склонность к киберкоммуникативной зависимости более характерна для молодых респондентов, в старшем возрасте уровень зависимости статистически значимо ниже. Люди, имеющие признаки киберкоммуникативной зависимости, отличаются от тех, у кого нет таких признаков, пониженным уровнем эмоционального интеллекта и повышенным чувством одиночества. Также было выявлено, что ни уровень эмоционального интеллекта, ни глубина одиночества не связаны с возрастом респондентов.

Проведенное эмпирическое исследование показало, что киберкоммуникационная зависимость тесно связана с другими психологическими характеристиками и остается актуальной и перспективной исследовательской областью.

### Список литературы

1. Журнал «Дети в информационном обществе»: [сайт] URL: <http://detectionline.com/assets/files/journal/11/gost11.pdf>
2. Карпова Э.Б., Гуреева Ю.А. Глава 3. Эмоциональный интеллект и распознавание эмоций у активных пользователей социальных сетей // Социально-психологические проблемы современного общества в условиях цифровизации: личность, организация, управление. 2021. С. 229–242.

3. Корчагина С.Г. Психология одиночества: учебное пособие. М.: МПСИ, 2008. 228 с.
4. Люсин Д.В. Опросник на эмоциональный интеллект ЭМИн: новые психометрические данные // Социальный и эмоциональный интеллект: от моделей к измерениям / Под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова. М.: Институт психологии РАН, 2009. С. 264–278.
5. Пономарев П.П. Социофобия и сеть. URL: <http://psyfactor.org/lib/sociophobia.htm>)
6. Токарева М.Н. Теоретические основы изучения проблемы одиночества и ее взаимосвязь с общением в социальных сетях [Электронный ресурс] // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. 2015. Выпуск 11. С. 129–135. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/teoreticheskie-osnovy-izucheniya-71-problemy-odinochestva-i-ee-vzaimosvyaz-s-obscheniem-v-sotsialnyh-setyah> (дата обращения 09.09.2023).
7. Тончева А.В. Диагностика киберкоммуникативной зависимости // Интернет-журнал «Науковедение». 2012. № 4 (13). С. 138.
8. Чудова И.В. Особенности образа «Я» «жителя Интернета» // Психологический журнал. № 1. Т. 22. 2002.

**КАРПУШКИНА НАТАЛЬЯ ВИКТОРОВНА**

к. психол. н., доцент кафедры специальной педагогики и психологии  
Нижегородского государственного педагогического университета  
им. К. Минина, г. Нижний Новгород, РФ  
karpushkina.nv@gmail.com

**ПОДГОТОВКА ПО АРТ-ТЕРАПИИ И ОСОБЕННОСТИ  
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ТЕХНИК  
ПСИХОЛОГАМИ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Аннотация.** В статье рассматриваются подходы к организации профессиональной подготовки в области арт-терапии. Приводится анализ образовательных запросов и практики использования техник арт-терапии психологами Нижегородской области.

Автором отмечаются дефициты и перспективы профессионального образования по арт-терапии на современном этапе. Выделяются организационные и содержательные условия усовершенствования арт-терапевтического образования.

**Ключевые слова:** арт-терапия, музыкальная терапия, драматерапия, психологическое сопровождение, профессиональная подготовка.

С введением Федеральных государственных образовательных стандартов актуализируются задачи психологического сопровождения образовательного процесса, связанные с формированием у детей и подростков личностных и метапредметных результатов. Для решения данных задач педагог-психолог должен использовать адекватные методы и техники, а также новые технологии, необходимые для сопровождения образовательного процесса в условиях новых требований [2, 3].

Одной из таких технологий является арт-терапия. В настоящее время утвержден Стандарт профессиональной психотерапевтической (психологической) помощи в сфере арт-терапии, сформулированы профессиональные компетенции, необходимые для организации занятий арт-терапией [1, 4].

Согласно перечню трудовых функций, представленных в Профессиональных стандартах, возможно использование арт-



терапии психологами как средства психологической коррекции, психопрофилактики, психологического консультирования.

В то же время, для квалифицированного использования арт-терапии необходимо специальное обучение.

Как правило, получение специального образования возможно на базе учреждений системы высшего образования. В нашей стране специализацию по арт-терапии можно получить на базе высшего психологического или художественного образования. В настоящее время в России имеется несколько программ магистратуры по данному профилю. Образовательные программы высшего образования формируются на основе стандартов психологического или культурологического образования [1].

Также подготовка по арт-терапии идет на основе программ дополнительного образования, повышения квалификации. Такие программы реализуются как государственными образовательными организациями, так и частными, в т.ч. некоммерческими организациями. В Нижегородской области программы переподготовки и повышения квалификации по арт-терапии реализуется в нескольких учреждениях высшего образования, на базе специализированных центров.

В тоже время, несмотря на наличие разработанных подходов к организации профессиональной деятельности и построению профессионального образования в области арт-терапии, существуют и проблемы.

Несмотря на востребованность арт-терапии в практике психологического сопровождения, специалисты помогающих профессии недостаточно охвачены системой базовой профессиональной подготовки. Имеется и их недостаточная включенность в деятельность общественных организаций, профильных профессиональных сообществ.

Степанова С.Г., Губина С.Т. отмечают, что для психологов, занимающихся арт-терапией, типична ситуация дефицита художественного образования. Это определяет необходимость художественно-творческого обучения в процессе подготовки специалистов по арт-терапии, наряду с подготовкой в области психотерапии и практической психологии [5].

В организации подготовки по арт-терапии характерен и дефицит образовательных программ по отдельным модальностям арт-терапии: музыкотерапии, изотерапии, драматерапии, библиотерапии.

Целью нашего исследования является анализ образовательных запросов и опыта использования техник арт-терапии педагогами-психологами образования (на примере Нижегородской области).

Для реализации цели исследования нами была разработана и апробирована специальная форма мониторинга. В исследовании участвовали 40 педагогов-психологов г. Нижнего Новгорода и Нижегородской области. Все испытуемые подтвердили использование арт-терапии в профессиональной деятельности.

Исследование было организовано в дистанционной форме.

Для обработки данных эксперимента использовался метод контент-анализа.

Анализ данных мониторинга показывает, что объем профессиональной подготовки в области арт-терапии ограничен краткосрочными курсами, либо присутствует минимальный опыт обучения (таблица 1).

*Таблица 1*

**Объем профессиональной подготовки в области арт-терапии**

№ п/п	Варианты ответа	Частота упоминаний
1	Минимальный	20%
2	В объеме 16 часов	20%
3	В объеме 36 часов	30%
4	В объеме 72 часов	10%
5	В объеме 144 часов и больше	10%
6	Участие в мастер-классах, семинарах	10%

Большая часть респондентов проходила профессиональную подготовку по арт-терапии на базе государственных высших учебных заведений. Часть – в специализированных частных центрах.

Таблица 2

**Базы профессиональной подготовки  
в области арт-терапии**

№ п/п	Варианты ответа	Частота упоминаний
1	На базе НИРО	20%
2	На базе Мининского университета	20%
3	АНО «Статус»	10%
4	Школа Макомания	5%
5	Национальный центр развития керамики	5%
6	Нет	40%

Среди наиболее востребованных форм обучения в области арт-терапии были названы курсы повышения квалификации и мастер-классы. В меньшей степени востребованы семинары-практикумы, супервизии, научно-практические конференции (рисунок 1).

Как ведущую форму повышения квалификации педагоги-психологи выделили смешанную. Меньший удельный вес занимает дистанционное обучение. Очная форма обучения является наименее востребованной (рисунок 2).

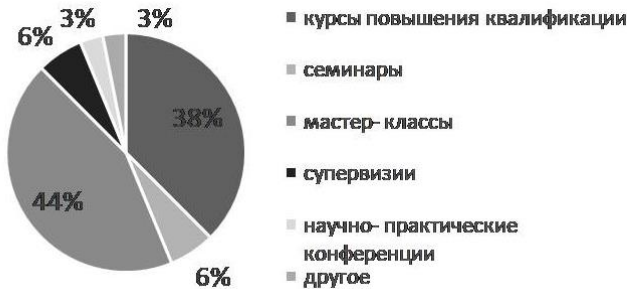


Рис. 1. Формы получения профессионального опыта  
в области арт-терапии

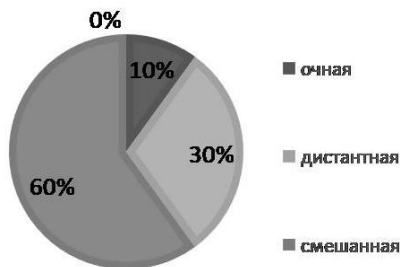


Рис. 2. Формы повышения квалификации в области арт-терапии

Таблица 3

**Объем профессионального опыта использования техник арт-терапии**

№ п/п	Варианты ответа	Частота упоминаний
1	В течение полугода	30%
2	В течении года	20%
3	В течении 3 лет	20%
4	5 лет и более	10%
5	10 лет и более	10%

Данные, представленные в таблице 3, показывают, что у основной группы респондентов, стаж применения техник арт-терапии не превышает 3 года. При этом, преобладают начинающие педагоги-психологи.

В таблице 4 представлены ответы на вопрос о приоритетных подходах арт-терапии, которые используются психологами в практической деятельности.

Таблица 4

**Подходы (направления) арт-терапии**

№ п/п	Варианты ответа	Частота упоминаний
1	изотерапия	70%
2	сказкотерапия	40%
3	песочная терапия	20%
4	мак-карты	20%

5	работа с глиной	10%
6	психоаналитический	10%
7	тематический	10%

Анализ представленных ответов показал, что респонденты в большей степени ориентируются не на подходы, а на формы и техники арт-терапии. Среди подходов арт-терапии были названы психодинамический, тематический.

Часть опрошенных отметили в качестве подхода в арт-терапии использование метафорических карт. Метафорические карты пользуются популярностью у практикующих психологов. Работа с готовыми образцами способствует снижению тревоги перед изобразительной деятельностью, дает возможность ощущать контроль за творческой деятельностью и формируют уверенность в себе.

*Таблица 5*

#### **Преимущества арт-терапии в работе психолога**

№ п/п	Варианты ответа	Частота упоминаний
1	способствуют большему раскрытию клиента	30%
2	помогают выходу эмоций, раскрытию переживаний (алекситимия)	25%
3	помогают установить контакт	25%
4	вызывают интерес	20%
5	вносят в занятия разнообразие	20%
6	эффективны в работе с тревожными, агрессивными детьми	10%
7	безопасны в использовании	10%
8	способствуют работе с детьми с ОВЗ	10%
9	дают опыт безоценочной деятельности	10%

Данные, представленные в таблице 5, показывают, что основным преимуществом арт-терапевтических техник является обеспечение полноценного раскрытия клиента, отреагирование эмоций.

Также применение арт-терапевтических техник способствует установлению доверительного контакта с клиентом благодаря

созданию психологически безопасной атмосферы занятий, особой «фасилитирующей среды».

Респондентами отмечается, что техники арт-терапии вызывают интерес и вносят разнообразие в коррекционно- развивающую деятельность, консультирование.

Также педагогами- психологами были отмечены преимущества этих техник в коррекции тревожности, агрессивности, в работе с детьми и подростками с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Арт-терапия обеспечивает психологический комфорт, помогает получить опыт безоценочной деятельности.

Таблица 6 содержит ответы педагогов-психологов на седьмой вопрос мониторинговой формы.

*Таблица 6*

**Ограничения использования техник арт-терапии  
в работе психолога**

№ п/п	Варианты ответа	Частота упоминаний
1	необходима специальная подготовка	30%
2	необходимо специальное помещение	30%
3	необходима закупка оборудования и расходных материалов	25%
4	трудности мотивации клиентов к творческой работе	20%
5	руководство ставит другие задачи	10%

Данные, представленные в таблице 6, показывают, что одним из важных ограничений в использовании техник арт-терапии, является необходимость получения специального образования. Существенным барьером, препятствующим прохождению специальной подготовки, является недостаток времени и финансирования.

Часть опрошенных указали на то, что применение арт-терапевтических техник требует специального оборудования и расходных материалов.

Респонденты также отметили сложности в реализации техник арт-терапии из-за отсутствия специально оборудованного помещения. Проведение занятий арт-терапией требует зонирования помещения, которое часто невозможно организовать в стандартных условиях.

Также психологи ограничены в возможностях реализации техник арт-терапии из-за позиции администрации, которая обозначает другие приоритетные задачи. Преодоление этого ограничения возможно при более активном использовании техник арт-терапии в сопровождении образовательного процесса.

Кроме того, была отмечена трудность мотивирования клиентов на занятия художественно-творческой деятельностью.

Таким образом, основные ограничения в использовании арт-терапевтических техник, выделенные педагогами-психологами, имеют организационный характер.

*Таблица 7*

**Задачи использования техник арт-терапии в работе психолога**

№ п/п	Варианты ответа	Частота упоминаний
1	проживание эмоций	30%
2	коррекция агрессии, страхов	30%
3	работа с психологическими травмами	20%
4	коррекция межличностных отношений, одиночества	20%
5	развитие креативности, фантазии	10%
6	оказание помощи в профессиональном самоопределении	10%
7	профилактика суицидального поведения	10%
8	работа с физическим насилием	10%

Далее представим ответы педагогов-психологов на девятый вопрос анкеты: для решения каких задач работы вы видите смысл использовать арт-терапевтические техники?

Данные, представленные в таблице 7, показывают, что респонденты выделяют разнообразные задачи применения арт-терапевтических техник в работе психолога.

Значительная часть опрошенных выделяют задачи использования арт-терапевтических техник в работе с эмоциями, личностными особенностями клиентов.

В то же время, некоторая часть респондентов обращается к решению задач профилактики насилия, отклоняющегося поведения у детей и подростков.

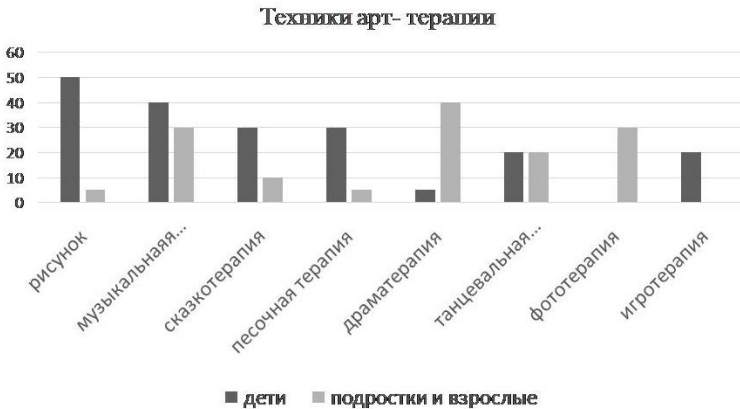
Уделяется и внимание работе с детьми и подростками, испытывающими трудности в построении отношений со сверстниками или близкими взрослыми.

Педагоги-психологи также отмечают возможности использования арт-терапевтических техник в сопровождении процессов жизненного и профессионального самоопределения подростков.

Также отмечается традиционное использование арт-терапевтических техник в развитии креативности, воображения.

Таким образом, педагоги- психологи преимущественно используют арт-терапию для реализации коррекционно- развивающей и, в меньшей степени, профилактической деятельности.

Ответы педагогов-психологов на десятый вопрос анкеты представлены на рисунке 3.



*Рис. 3.* Техники арт-терапии с детьми и подростками, взрослыми



Согласно имеющимся данным, наиболее эффективными в работе с детьми педагоги-психологи считают техники арт-терапии, основанные на рисовании. Данные техники воспринимаются как простые и не требующие сложного оборудования и материалов. В связи с этим, они используются в практике наиболее часто.

Также достаточно эффективными в работе с детьми педагоги-психологи считают музыкальную терапию (активная музыкотерапия), библиотерапию (сказкотерапия), песочную терапию.

Указание на игровую терапию как технику арт-терапии свидетельствует о приоритете тематически ориентированной арт-терапии, где наряду с арт-терапевтическими техниками, используются и другие психокоррекционные технологии.

В работе с подростками и взрослыми, по мнению респондентов, более эффективно использование музыкальной терапии, драматерапии, танцтерапии, фототерапии. На наш взгляд, эти техники могут быть особенно интересны подросткам и взрослым, учитывая их интерактивный потенциал.

И, наоборот, небольшой удельный вес имеют изотерапия, сказкотерапия.

При ответе на 11 вопрос: с какими категориями клиентов Вы используете техники арт-терапии, большинство респондентов отметило детей и подростков с нормативным развитием.

В работе со взрослыми больше упоминаются родители по сравнению с педагогами и администрацией образовательных организаций.

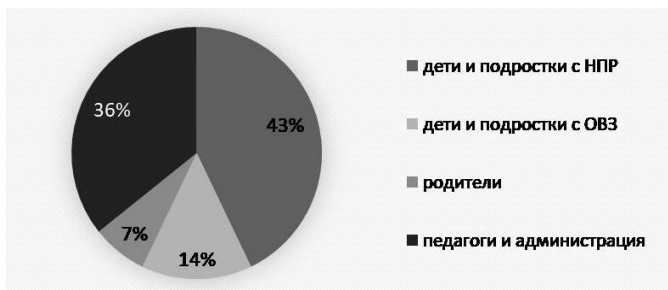


Рис. 4. Участники арт-терапевтических занятий

Наиболее часто арт-терапия используется в индивидуальной работе с клиентами (рисунок 5).

В то же время, в групповой арт-терапии происходит сплочение коллектива, формируются навыки сотрудничества.

Незначительная часть опрошенных применяют арт-терапевтические техники и в индивидуальной, и в групповой работе.

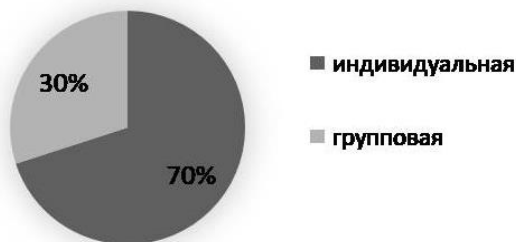


Рис. 5. Виды арт-терапии

Представим ответы педагогов-психологов вопрос: какие возможности применения арт-терапевтических техник вы видите для реализации Федеральных государственных образовательных стандартов?

Таблица 9

**Возможности применения техник арт-терапии в реализации Федеральных государственных образовательных стандартов**

№ п/п	Варианты ответа	Частота упоминаний
1	затрудняюсь описать	50%
2	формирование личностных компетенций	20%
3	формирование коммуникативных УУД	20%
4	коррекция самооценки, развитие образа Я	10%

Анализ ответов показывает, что этот вопрос был сложным для респондентов.

Половина опрошенных не смогли выделить возможности арт-терапевтических техник в реализации ФГОС.

В некоторых случаях психологи указали на возможность формирования коммуникативной компетентности детей и подростков с применением арт-терапевтических техник, а также развития самопознания и самореализации.

Ответы респондентов на данный вопрос показывают недостаточную включенность арт-терапевтических техник в психологическое обеспечение задач образовательного процесса.

Анализ опыта респондентов о сочетании арт-терапии и психокоррекционных технологий представлен на рисунке 6.

Большинство респондентов затрудняются ответить на данный вопрос.

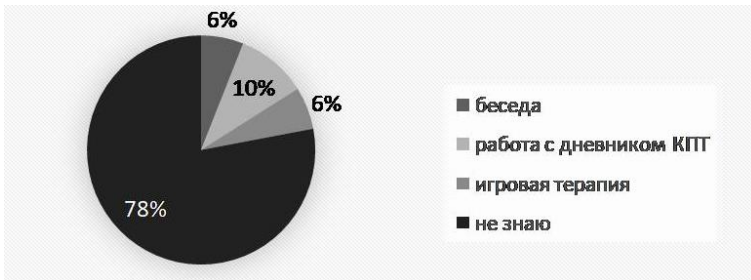


Рис. 6. Сочетание арт-терапии с другими коррекционными технологиями

Предложения по совершенствованию подготовки в области арт-терапии представлены в таблице 10.

Данный вопрос оказался одним из наиболее сложных для респондентов.

Согласно полученным данным, в первую очередь, необходимо увеличение объема практических занятий, акцентирование внимания на решении практических профессиональных задач.

Также актуально предложение о разнообразии образовательных программ по основным формам (модальностям) арт-терапии.

Таблица 10

### **Предложения по совершенствованию подготовки в области арт-терапии**

№ п/п	Варианты ответа	Частота упоминаний
1	увеличение объема практических занятий	30%
2	включение различных форм арт-терапии	10%
3	усовершенствование нормативно-правовой базы для использования арт-терапии	10%
4	не знаю	50%

Усовершенствование нормативно-правовой базы подготовки по арт-терапии предполагает разработку профессионального стандарта специалиста и нормирование арт-терапевтической работы в стандарте психологических услуг.

Таким образом, мы определили две группы условий, определяющих использование техник арт-терапии психологами образования: содержательные и организационные.

Организационные возможности психологической службы, на наш взгляд, могут быть частично обеспечены за счет совершенствования нормативно-правового обеспечения арт-терапевтической деятельности.

Также важно использовать, наряду с образовательным, и научный подход к обучению арт-терапии. Научный подход предполагает проведение исследований в области терапии искусством, организацию конференций, форумов, публикацию статей, учебников.

#### **Список литературы**

1. Арт-терапия и арт-терапевты: статус, стандарты деятельности и профессиональной подготовки. – Санкт-Петербург, 2015 – 24 с.
2. Карпушкина, Н.В. Арт-терапия. Практикум: учебное пособие для вузов / Н.В. Карпушкина. – 2-е изд., перераб. и доп. – Санкт-Петербург: Лань, 2024. – 140 с.

3. Лебедева, Л.Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. – СПб.: Речь, 2003. – 256 с.
4. Нормативный документ по регулированию профессиональной психотерапевтической и психологической деятельности в сфере арт-терапии (арт-психотерапии). Стандарт профессиональной психотерапевтической (психологической) помощи в сфере арттерапии (арт-психотерапии) / Под общ. ред. Копытина А.И. – Санкт-Петербург-Москва. – 2018. – 100 с.
5. Степанова, С.Г., Губина, С.Т. Стратегическое направление в подготовке специалистов культуры и искусства // Вестник МГУКИ. – 2012. – № 3 (47). – С. 154-158.

**КИРИЧИК ЕЛЕНА СТАНИСЛАВОВНА**

Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина, г. Брест,  
Республика Беларусь  
kirichikelena@yandex.ru

## **ИССЛЕДОВАНИЕ САМОСОЗНАНИЯ МАТЕРЕЙ КАК ОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ АРТ-ТЕРАПИИ ДЛЯ ЕГО РАЗВИТИЯ**

**Аннотация.** В статье обоснована научная и практическая значимость комплексного подхода по развитию самосознания матерей. Рассматриваются вопросы организации работы с матерями по развитию всех компонентов самосознания. Основанием для начала любой коррекционно-развивающей работы является запрос родителя и психодиагностика. Использование проективных диагностических методов и методов арт-терапии позволяет не только получить подробную информацию о содержании самосознания матерей, но и являются эффективным инструментом его развития.

**Ключевые слова:** самосознание матерей, проективные методы, встречи с родителями, арт-терапия.

Самосознание – это процесс, и одновременно результат сознательной деятельности, направленной на познание, оценку и регуляцию самого себя. Самосознание в процессе своего развития постоянно усложняется и трансформируется в зависимости от половозрастных, физических, личностных особенностей человека и особенностей социального взаимодействия.

Материнство вносит существенные изменения в самосознание женщины: изменяется восприятие себя, своего тела, к оценке своей личности добавляется оценка себя, как матери, изменяется отношение к себе, возникают новые требования к себе, происходит переоценка представлений о воспитательной деятельности в отношении ребенка, появляются новые требования к произвольной саморегуляции [1].

Особенности самосознания матери на разных этапах материнства весьма специфичны, они влияют на реализацию воспита-

тельных функций в общении с ребенком, обеспечение его развития, определяют вклад в семейные взаимоотношения, определяют благополучие самой женщины [3]. Возникающие переживания женщины относительно психофизического развития ребенка, подходов к его воспитанию, особенно в периоды возрастных кризисов ребенка, стимулируют изменения как в отношении к ребенку, к процессу воспитания, так и в отношении себя как матери.

С целью организации эффективной психокоррекционной и психопрофилактической помощи в развитии самосознания матери важно использовать данные диагностических обследований. Содержание компонентов самосознания матери может быть изучено с помощью различных методик. Проективные методики исследования самосознания матери предоставляют информацию об эмоциональном состоянии матери, самовосприятии и самооценке матери, об отношении к самой себе, о способах саморегуляции матери, ее потребностях, об отношениях матери и ребенка, о возможных стилях воспитания, о взаимоотношениях в семье и многое другое.

Одной из методик, позволяющих оценить содержание когнитивного компонента самосознания матери, является методика «Кто Я?», которая была предложена М. Куном и Т. Мак-Партландом в 1954 году. Данная методика представляет собой нестандартизированное самоописание в открытой форме. Методика охватывает не только социально-ролевые аспекты, но и все сферы представлений человека о своей личности: осознание характеристик своего тела, своих способностей, потребностей, качеств личности, особенности идентичности и др. [4].

Содержание когнитивного, эмоционально-оценочного и регулятивного компонента самосознания матери можно исследовать, используя проективные методики: сочинение «Я-мама» (Н.Н. Васьгина) и рисунок «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филипова).

Контент-анализ сочинения «Я-мама» можно производить, используя категории, которые представлены в таблице 1. При анализе сочинений важно не только соотносить фразы, предложения с определенной категорией, но и учитывать их эмоциональную окраску, представленность во временной перспективе, частоту встречаемости фраз в определённых категориях [2].

Таблица 1

## Категории анализа сочинения «Я-мама»

Категории	Высказывание	Эмоциональная окраска	Временная перспектива
1. Образ себя. 1.1. Качества матери. 1.2. Качества женщины. 1.3. Интересы, умения матери. 1.4. Интересы, умения женщины			
2. Образ ребенка. 2.1 Качества ребенка. 2.2 Умения, интересы ребенка. 2.3 Ценность ребенка (что он дает матери)			
3. Образ мужа, родственников, других людей. 3.1 Качества и деятельность других			
4. Отношения. 4.1. Отношение к себе. 4.2. Отношение к ребенку. 4.3 Взаимодействие с ребенком, общая деятельность, общение. 4.4. Представления матери об отношении ребенка к ней. 4.4. Взаимоотношения с другими людьми			
5. Представления о материнстве. 5.1. Ценности и трудности материнства. 5.2. Обязанности матери. 5.3 Представления о том, как надо воспитывать. 5.4 Ожидания от материнства. 5.5 Отношение к материнству			



Опыт использования рисуночной методики «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филлипова) показал, что эта методика является одной из самых информативных. Она позволяет выявить особенности восприятия женщиной себя как матери и своего ребенка, отношение женщины к ситуации материнства, ценность ребенка для матери, взаимоотношения матери и ребенка, эмоциональное состояние матери, направленность матери относительно воспитания. Автор методики Г.Г. Филлипова предлагает обобщение всех рисунков в зависимости от отношения женщины к ситуации материнства в целом и выделяет 4 типа: 1) благоприятное отношение к ситуации материнства; 2) незначительные симптомы тревоги, неуверенности, конфликтности; 3) тревога и неуверенность в себе; 4) конфликтное отношение к ситуации родительства.

Основные критерии оценки рисунка «Я и мой ребенок»: наличие совместной деятельности матери и ребенка, наличие на рисунке матери и ребенка, замены образов, наличие других людей, перспектива фигур на рисунке, контакт с ребенком, изоляция ребенка, барьеры между фигурами, прорисовка лица и фигуры, соразмерность фигур матери и ребенка, размеры рисунка, расположение рисунка, внимание к деталям, переворачивание, сгибание листа, отношение к предложению сделать рисунок, качество линии, наличие штриховки, наличие линии основания, наличие стираний, перерисовок, зачеркиваний, возраст ребенка, цветовая гамма [5].

В Брестском областном центре медицинской реабилитации «Тонус» для детей с психоневрологическими заболеваниями успешно реализуется опыт встреч психолога с родителями в индивидуальном и групповом формате. На этих встречах освещаются проблемы регуляции эмоций родителей, влияние сформированных ценностей и установок на отношение к себе и ребенку, эффективность различных вариантов родительского воспитания. Подобные встречи позволяют снизить общий уровень тревоги, глубже осознать свои родительские убеждения, оценки, научиться регулировать свои эмоциональные состояния, выработать более эффективные способы общения с ребенком, переоценить свои семейные взаимоотношения.

Встречи с родителями направлены на развитие всех компонентов самосознания женщины, в том числе как матери. Когнитивный компонент самосознания матери развивается посредством познания себя, своих установок, своего стиля воспитания, познания препятствий эффективного подхода в общении с ребенком, понимания своего отношения к ребенку, к себе и семье в целом. Эмоционально-оценочный компонент самосознания может развиваться посредством арт-терапевтических техник, техник, позволяющих выразить и осознать свои эмоции, принять их и придать им новые оценки и смыслы. Развитие регулятивного компонента становится результатом познания себя и знакомства с новыми эффективными способами взаимодействия с ребенком, отношения к себе и семье в целом.

Основным методом арт-терапии, который используется в работе с матерями является терапия рисунком. Благодаря рисованию можно выражать и познавать различные эмоции и чувства, изображая их символически или в виде реальных образов. Основная функция рисуночной терапии заключается в высвобождении, проработке накопившихся чувств, решении некоторых внутриличностных конфликтов, снижении общего напряжения, тревоги. Тема рисования и последующего анализа зависит от запроса матери. В своей работе матерям предлагается рисование определенного чувства или эмоции, рисование своего настроения в виде символов, природных или погодных явлений, в виде животных, после его проводится последующее обсуждение рисунка. Можно использовать различные материалы: простые и цветные карандаши, акварель, гуашь, пастель, цветной песок. Выбор материала матерями, отношение к процессу рисования также может свидетельствовать об их внутреннем эмоциональном состоянии. В процессе рисования может подключаться музыка, которая становится инструментом осознания возникающих чувств и их высвобождения.

Песочная терапия также может быть использована – она позволяет организовать среду, в которой доступно не только познание эмоций, но и проработка бессознательных мотивов, травматических переживаний и взаимоотношений. Работа с песком может быть организована как в классической юнгианской пе-

сочнице, так и в световой песочнице, и в песочнице с кинетическим песком. Благодаря песочной терапии мать познает, проговаривает свои чувства, проигрывает различные жизненные ситуации.

Сказкотерапия – один из глубинных методов психотерапии, позволяющих в символической форме донести до пациента идею о способах самоорганизации и саморегуляции. Сказка позволяет найти подход к внутренним переживаниям, указывает на выход из ситуации безопасным, метафорическим путём. В психотерапевтических сказках образно отражаются проблемы человека: эмоциональные и поведенческие затруднения, трудности во взаимоотношениях, тревоги, обиды, страхи и др.

Метафорические карты в работе с матерями позволяют не только раскрыть и познать их отношение к себе, к ребенку, к миру в целом, но и дают возможность переоценки своего поведения, неэффективных и стереотипных поведенческих паттернов в воспитании ребенка и отношений с ним.

Таким образом, работа психолога, направленная на развитие самосознания матерей, опирается на результаты изучения и диагностики компонентов самосознания. Использование проективных методов в изучении самосознания матерей дает обширную информацию для последующей интерпретации. Продукты творчества матерей являются не только диагностическим материалом, но и представляют терапевтическую ценность. В процессе рисования, написания сочинений, матери не только познают себя, но высвобождают травматичный опыт, отпускают тяжело переносимые эмоции, переоценивают свой опыт, осваивают способы совладания с жизненными трудностями. Арт-терапия – это система эффективных методов развития и изменения сознательных и бессознательных сторон психики личности посредством разных форм и видов искусства. В процессе индивидуальных или групповых встреч с матерями доступен широкий спектр арт-терапевтических методов.

## Список литературы

1. Валитова, И.Е. Взаимосвязь оценки матерью ребенка раннего возраста и ее самооценки / И.Е. Валитова // Вестник Гродненского Государственного Университета имени Янки Купалы. Серия 3. Филология. Педагогика. Психология. – 2021. – Том 11. – № 1 – С. 144–155.
2. Васягина, Н.Н. Диагностика и коррекция самосознания матери / Н.Н. Васягина, Е.Н. Григорян – Екатеринбург: Урал. гос. пед. ун-т., 2020. – 178 с.
3. Мухина, В.С. Концепция феномена личности: стенограмма заседания отделения психологии и возрастной физиологии РАО, 15 апреля 2009 / В.А. Петровский, Л.В. Тарабакина // Развитие личности. – 2009. – № 2. – С. 8–25.
4. Румянцева Т.В. Психологическое консультирование: диагностика отношений в паре. / Т.В. Румянцева – СПб.: Речь, 2006. – 176 с.
5. Филиппова, Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии / Г.Г. Филиппова // Вопросы психологии. – 2001. – №2. – С. 22–36.

**КОЖИНОВА ЯНА СЕРГЕЕВНА**

тьютор ГКОУ «Школа № 56», Нижегородский государственный педагогический университет им. К. Минина, г. Нижний Новгород, РФ  
y.kozhinoва03@mail.ru

**КАРПУШКИНА НАТАЛЬЯ ВИКТОРОВНА**

к. психол. н., доцент кафедры специальной педагогики и психологии  
Нижегородского государственного педагогического университета  
им. К. Минина, г. Нижний Новгород, РФ  
karpushkina.nv@gmail.com

**КОРРЕКЦИЯ САМООЦЕНКИ МЛАДШИХ  
ШКОЛЬНИКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ  
СРЕДСТВАМИ АРТ-ТЕРАПИИ**

**Аннотация.** В статье рассмотрены особенности самооценки младших школьников с умственной отсталостью. Выявлены отличия самооценки младших школьников с умственной отсталостью и младших школьников с нормой психического развития. Также доказана необходимость разработки программы коррекции самооценки, которая будет соответствовать особым требованиям данной категории детей. Обоснована актуальность применения арт-терапии в коррекции самооценки младших школьников с умственной отсталостью.

**Ключевые слова:** самооценка, личность, младшие школьники с умственной отсталостью, арт-терапия

Проблема самооценки детей младшего школьного возраста с умственной отсталостью многоаспектна и требует глубокого изучения. Этому вопросу посвящены исследования Ч.Б. Кожалиевой, Н.Л. Коломинского, Ж.И. Намазбаевой, Карпушкиной Н.В., Комаровой Д.П. и др. Они показывают, что представления таких учащихся о собственной личности редко соответствует реальной действительности [1, 2, 5, 6].

В то же время, имеется недостаток прикладных разработок, направленных на коррекцию личности детей подростков с интеллектуальной недостаточностью, основанных на использовании арт-терапии [3].

*Цель исследования* – изучить особенности самооценки младших школьников с умственной отсталостью, разработать программу коррекции самооценки младших школьников с умственной отсталостью с использованием техник арт-терапии.

*Методы и методики исследования.* Для исследования самооценки младших школьников с умственной отсталостью были использованы следующие методики: методика «Лесенка» В.Г. Щур, методика «Какой Я?» (модификация О.С. Богдановой).

Исследование было проведено с обучающимися 3–4 класса с легкой степенью умственной отсталости ГКОУ «Школа № 56» и их сверстниками с нормой психического развития, обучающимися в МАОУ «Школа № 49».

Анализ результатов исследования особенностей самооценки показал, что у младших школьников с умственной отсталостью преобладает завышенная самооценка (Таблица 1).

*Таблица 1*

**Особенности самооценки младших школьников с умственной отсталостью и нормой психического развития**

Младшие школьники с умственной отсталостью			Младшие школьники с нормой психического развития		
Показатели самооценки					
Заниженная	Адекватная	Завышенная	Заниженная	Адекватная	Завышенная
<b>Методика «Лесенка» В.Г. Щур</b>					
2 чел. (8%)	2 чел. (8%)	14 чел. (56%)	2 чел. (8%)	10 чел. (40%)	5 чел. (20%)
Различные ответы, т.е. самооценка по разным характеристикам колеблется от завышенной до адекватной		7 чел. (28%)	Различные ответы		8 чел. (32%)
<b>Методика «Какой Я?» (модификация О.С. Богдановой)</b>					
3 чел. (12%)	7 чел. (28%)	15 чел. (60%)	6 чел. (24%)	10 чел. (40%)	9 чел. (36%)

Анализ данных исследования по методике «Лесенка» В.Г. Щур позволяет увидеть, что при оценке себя младшие школьники с умственной отсталостью в большинстве случаев выбирали самые высокие ступени, что говорит о наличии у них завышенной самооценки.

Показатели самооценки по характеристикам «умный-глупый», «хороший-плохой», «веселый-скучный», «сильный-слабый» представлены на рисунке 1.

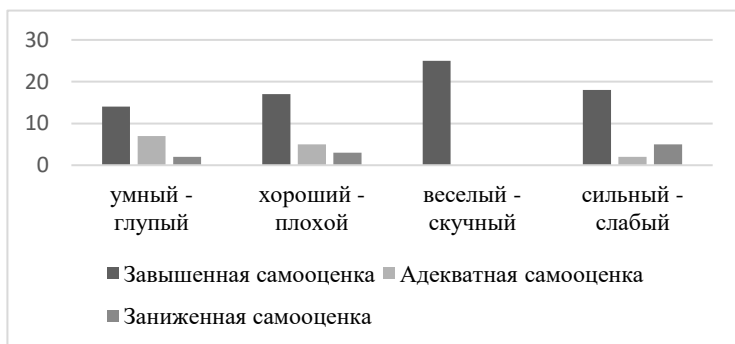


Рис. 1. Показатели самооценки младших школьников с умственной отсталостью по методике «Лесенка» В. Г. Щур

Показатели самооценки по характеристикам «умный-глупый», «хороший-плохой», «веселый-скучный», «сильный-слабый» у младших школьников с ННР представлены на рисунке 2.

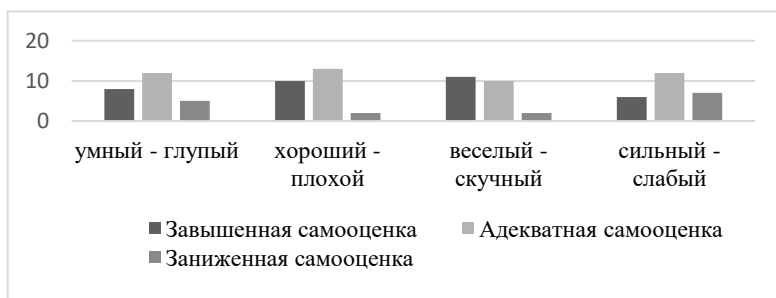


Рис. 2. Показатели самооценки младших школьников с нормой психического развития по методике «Лесенка» В.Г. Щур

По результатам методики мы можем отметить, что лишь у 20% младших школьников с НПР наблюдается завышенная самооценка по всем характеристикам. Чаще всего дети с НПР оценивают себя ниже по характеристике «слабый-сильный».

На втором этапе исследования для изучения самооценки была использована методика «Какой Я?» в модификации О.С. Богдановой.

Данные исследования приведены на рисунке 3.

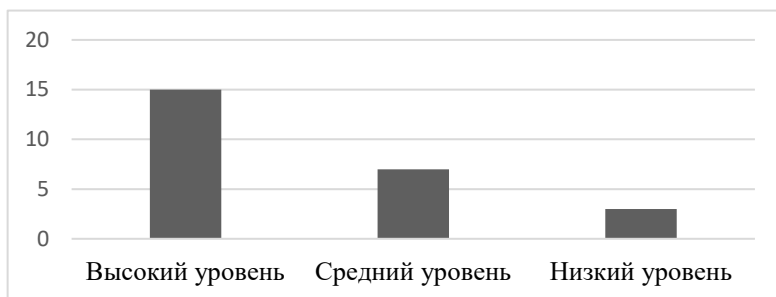


Рис. 3. Результаты исследования самооценки у младших школьников с умственной отсталостью по методике "Какой Я?"

Анализ результатов по методике «Какой Я?» (модификация методики О.С. Богдановой) показал, что:

– 60% младших школьников с умственной отсталостью имеют высокий уровень самооценки.

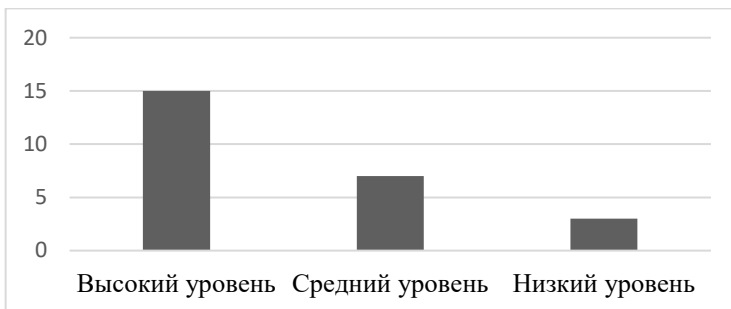
– 28% младших школьников с умственной отсталостью показали средний уровень самооценки.

– 12% младших школьников с умственной отсталостью – низкий уровень самооценки, это свидетельствует о проблемах, связанных с ощущением малой ценности своей личности.

В контрольной группе, где испытуемыми выступали младшие школьники с нормой психического развития результаты отличаются. Так, у 36% младших школьников с НПР отмечен высокий показатель самооценки (8–10 баллов), у 40% испытуемых средний показатель самооценки (4–7 баллов), у 24% низкий (1–3 балла).



Результаты представлены на рисунке 4.



*Рис. 4.* Результаты исследования самооценки у младших школьников с нормой психического развития по методике "Какой Я?"

Таким образом, для младших школьников с умственной отсталостью характерны завышенный и средний уровень самооценки. Они неадекватно оценивают свои личностные качества, не могут объективно оценить свои недостатки. У младших школьников с нормой психического развития преобладает адекватная самооценка, но также встречается завышенная и заниженная самооценка. Стоит указать, что тенденция к заниженной самооценке преобладает у младших школьников с ННР.

С учетом результатов диагностики нами была разработана программа коррекции самооценки младших школьников с умственной отсталостью с использованием техник арт-терапии.

*Целью программы* является коррекция самооценки младших школьников с умственной отсталостью с использованием приёмов арт-терапии.

Программа включает 3 блока:

1. Первый блок: установочно-ознакомительный.

Задачи:

- Создание атмосферы доброжелательности и сотрудничества.
- Снижение тревоги, эмоционального напряжения.

## 2. Второй блок: основной.

### Задачи:

- Формирование адекватного восприятия и оценки самого себя.
- Развитие способности понимания своего эмоционального состояния и состояния других людей.
- Формирование умения выделять свои недостатки и достоинства.
- Развитие ориентации на позитивную оценку сверстников.
- Объективизация самооценки.

## 3. Третий блок: заключительный.

### Задачи:

- Закрепление адекватной самооценки.
- Подведение итогов проведенных занятий.
- Создание условий для проведения терминации.

Коррекционная программа предполагает реализацию 10 занятий для младших школьников с умственной отсталостью, 2 занятия для родителей и 1 занятия для педагогов. Примерная длительность занятий для детей – 45 минут, для родителей и учителей – 1, 5 часа.

В программе использовались следующие арт-терапевтические технологии:

1. Изотерапия раскрывает творческие возможности обучающихся, способствует формированию адекватного образа себя; углублению представлений о себе, самопринятию, гармонизации личности, оптимизации межличностных отношений.

2. Музыкалотерапия использовалась с целью оптимизации межличностных отношений, самопрезентации младших школьников. Она способствовала снятию психоэмоционального напряжения, улучшению взаимодействия в группе.

3. Сказкотерапия была выбрана в коррекции самооценки, потому что она способствует развитию социально приемлемого поведения. Достоинством применения сказок в работе с детьми младшего школьного возраста с умственной отсталостью является обогащение нравственного опыта личности [5].

*Вывод.* Таким образом, исследование самооценки младших школьников показало, что для детей этого возраста с умственной отсталостью характерна завышенная самооценка. Они неадекватно оценивают свои личностные качества, не могут объективно выделить свои недостатки.

Анализ методов коррекции самооценки показал высокую эффективность техник арт-терапии при реализации коррекционной программы.

### Список литературы

1. Карпушкина Н.В., Комарова Д.П. Психолого-педагогические условия развития я-концепции у младших школьников с умственной отсталостью // Проблемы современного педагогического образования – 2020. – №67-3.
2. Карпушкина Н.В. Арт-терапия. Практикум: учебное пособие для вузов / Н. В. Карпушкина. – 2-е изд., перераб. и доп. – Санкт-Петербург: Лань, 2024. – 140 с.
3. Лебедева Л.Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. – СПб.: Речь, 2003. – 256 с.
4. Папшева Л.В. Арт-терапевтические методы и техники в социально-психологическом тренинге // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Акмеология образования. Психология развития. – 2012. – № 3. – С. 41–43.
5. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника: Учеб. пособие для студентов пед. Ин-тов по спец. № 2111 «Дефектология». – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Просвещение, 1986. – 192 с.
6. Шаповалова О.Е. Применение экспериментальных методик, построенных на основе рисования, в процессе психологического изучения школьников с нарушением интеллекта // Вестник Приамурского государственного университета им. Шолом-Алейхема. – 2015. – № 1 (18). – С. 120–129.
7. Яковлева М.В. Психолого-педагогическая коррекция самооценки младших школьников // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – М., 2015. – Т. 10. – С. 151–155.

**КОЗЛОВ МИХАИЛ ЮРЬЕВИЧ**

Медицинский психолог отделения медико-психологической помощи  
ГБУЗ «ПКБ №4» ДЗМ г. Москва, РФ  
42Oi33@mail.ru

**ГИПОТЕЗА ПТИЦЫ ДОДО:  
МОЖЕТ ЛИ ПРИВЯЗАННОСТЬ БЫТЬ  
ГЛАВНЫМ ФАКТОРОМ ЭФФЕКТИВНОСТИ  
ГРУППОВОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ КОГНИТИВНО-  
ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ?**

**Аннотация.** В статье представлен краткий аналитический обзор исследований, посвященных роли привязанности в эффективности групповой, прежде всего, когнитивно-поведенческой психотерапии. Сформулированы краткие выводы о неоднозначности данных, не позволяющих уверенно заявлять о ключевой роли ощущения безопасной привязанности в снижении симптомов отдельных аффективных и поведенческих расстройств. Установление явной корреляции между двумя процессами позволяет предположить причинно-следственную связь или влияние со стороны иного, более значимого фактора, обуславливающего улучшение обоих параметров.

**Ключевые слова:** теория привязанности, групповая психотерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия, депрессия, импульсивное пересадание.

Под «гипотезой птицы Додо», сформулированной Саулом Розенцвейгом, понимают известную всем пси-специалистам ситуацию: психотерапий много, размер эффекта примерно один. Поэтому не удивительно, что особый исследовательский интерес представляют не столько технические и процедурные аспекты групповой психотерапии, сколько универсальные межличностные процессы, групповая динамика и даже нейрофизиологические и нейрогуморальные основы тех изменений, которые происходят в процессе групповой работы [5].

Важно сказать, что несмотря на хорошую научную обоснованность и результативность, показанную в многочисленных ме-

та-обзорах, КБТ (как некоторый стандартизированный вариант групповой работы) чаще всего показывает средний размер эффекта при статистическом подсчете изменений, наравне с другими групповыми форматами [2]. Одним из основных кандидатов, претендующих на роль генерального фактора эффективности можно считать положения современной теории привязанности, ставшей буквально единственной теорией отношений объединившей генетику, нейронауку и самые разные области психологии. Роль привязанности в эффективности психотерапии (КБТ) уже обсуждалась в англоязычной литературе, ей даже была посвящена отдельная монография «Attachment theory and cognitive-behavioral therapy. Attachment theory and research in clinical work with adults» [8], однако с тем пор появились новые исследования, да и сама тема недостаточно знакома отечественному читателю. В исследованиях, в частности, сообщается о том, что важным механизмом можно считать создание «регуляторных отношений» нацеленных на стабилизацию психофизиологических показателей, переоценку и реконсолидацию автобиографического и эмоционального компонентов травматических воспоминаний и паттернов привязанности.

Важно напомнить, что в соответствии с типологией Джона Боулби, существует 3 внутренние рабочие модели: надежный, тревожный и избегающий. В соответствии с основными стратегиями переживания социальных эмоций гиперактивации/гипоактивации, к которым в дальнейшем был добавлен 4-й вариант – хаотической активации (дезорганизованный тип). Каждый из ненадежных типов привязанности, формируясь в раннем возрасте, часто в связи с травмой отношений (эмоциональным, физическим, сексуальным насилием, неглектом), приводит к развитию целого комплекса личностных, когнитивных и поведенческих дефицитов способных привести к психическим нарушениям. В работе, посвященной нейропластичности и группой психотерапии было показано, что до известной степени, все взятые для изучения подходы (психодинамическая, интерперсональная, когнитивно-поведенческая психотерапии) косвенно или напрямую влияют на внутренние рабочие модели [3].

В исследовании, посвященном эффективности групповой терапии у женщин, страдающих булимией, были отслежены изменения в стиле привязанности, по ходу прохождения курса лечения. Групповая психотерапия не была когнитивно-поведенческой, но скорее представляла собой «psychotherapy in general», делая основной упор на групповую сплоченность, рекапитуляцию первичной семейной системы (реперентинг со стороны ведущих группы, становящихся «хорошими родительскими фигурами»), интерперсональное обучение, корректирующий эмоциональный опыт, развитие рефлексивных функций (понимание поведения и ментального состояния других людей), развитие навыков эмоциональной саморегуляции (прежде всего за счет социальной поддержки, как наиболее эффективной копинг-стратегии). Результаты исследования показали значительные, долгосрочные позитивные результаты в виде снижения эпизодов переедания (основная мишень), а также симптомов депрессии, независимо от преобладающего типа привязанности [6]. Поскольку главный упор был сделан именно на улучшение привязанности и связанных с ней параметров, вероятнее всего, именно к развитию ощущения безопасной привязанности стоит отнести позитивный результат в виде снижения поведенческих и аффективных нарушений.

Любопытно, что даже краткосрочные программы групповой психотерапии в формате ретрита, могут оказаться перспективными в плане коррекции небезопасных типов привязанности, однако, авторы оговариваются, что в выборке их исследования было достаточное количество индивидов с высокими баллами по 2-ой оси DSM-4, что указывает на выраженность личностных дисгармоний, а также что индивиды с избегающим типом привязанности гораздо хуже отвечали на групповую психотерапию и показывали более скромные результаты [4]. Однако, это утверждение нельзя признать истинным для всех случаев, так сравнение групповых протоколов (КБТ + поддерживающая психотерапия, КБТ + интерперсональная и эмоционально фокусированная психотерапия) при лечении генерализованного тревожного расстройства показали, что избегающий тип, в обоих случаях служил предиктором более выраженного снижения симптомов ГТР. Однако,

166

большую эффективность у индивидов с ГТР показывало сочетание КБТ + И/ ЭФП, поскольку в этом синкретическом подходе уделялось внимание ключевым темам (взаимоотношение с людьми и эмоциональные реакции на них) [9]. Вероятнее всего, различие в результатах двух приведенных исследований связано не только с длительностью и интенсивностью (14 сессий против одного дня ретрита) но и с большим вниманием к проблемам важным для индивидов с избегающим типом привязанности. Зависимость эффекта групповой психотерапии от преобладающих типов привязанности была показана и в сравнительном исследовании двух подходов (групповой когнитивно-поведенческой психотерапии и групповой психодинамической интерперсональной психотерапии), оба подхода показали почти одинаковую эффективность в снижении компульсивного переедания. Любопытно, что наибольшее влияние типы привязанности оказали в катамнезе, после прохождения 12-ти месячного курса психотерапии и были связаны с высоким или низким уровнем тревожной привязанности, что любопытно, в группе психодинамической психотерапии более высокий уровень тревоги был связан с лучшими результатами в виде снижения переедания, а в группе КБТ – наоборот, чем ниже тревога, тем лучше совладание с компульсивным поведением [10]. Однако, при повторении этого исследования, другим исследовательским коллективом через 10 лет, не было получено данных о медиаторной роли привязанности, однако эффективность обоих подходов, по-прежнему осталась одинаковой [1].

Схожие результаты были показаны в другом исследовании, также посвященном компульсивному перееданию, была показана корреляция между тревожной привязанностью и выраженностью компульсивного переедания, чем ниже одно, тем ниже другое, в случае с избеганием выявляется так же закономерность. Катамнестические исследования спустя 6 и 12 месяцев после окончания курса психотерапии показали значительную редукцию избегания и тревоги, коррелировавших с устранением межличностных проблем, а также значительного снижения симптомов депрессии [7]. Кратким резюме недавнего систематического обзора, посвященного обсуждаемой здесь теме, стал вывод: ощущение безопасной привязанности растет в процессе психотерапии, а тревоги соот-

ветственно снижается. Менее ясно, что происходит с избеганием, результаты сильно варьируются в зависимости от методологии, выборки, подходов и сеттинга, однако главный вывод – что типы привязанности могут меняться в процессе психотерапии, весьма обнадеживающий [11].

В конце хотелось бы кратко резюмировать находки, полученные в исследованиях разных лет:

- Небезопасные типы привязанности способны корректироваться в ходе психотерапии, снижение тревоги привязанности коррелирует со снижением симптомов депрессии и поведенческих нарушений.

- Существуют данные, что индивиды с избегающим типом привязанности хуже отвечают на групповую психотерапию, что верно не для всех расстройств, обратные данные были показаны на выборке пациентов с ГТР.

- Включение техник эмоционально-фокусированной и интерперсональной психотерапии в протокол групповой КБТ может повышать эффективность психотерапии для индивидов с ненадежными типами привязанности.

- Групповая психотерапия развивает ощущение безопасной привязанности, однако данных за ключевую роль этого фактора в улучшении психоэмоционального состояния надежно не установлено.

### Список литературы

1. Bernecker, S.L., Constantino, M.J., Atkinson, L.R., Bagby, R.M., Ravitz, P., & McBride, C. (2016). Attachment style as a moderating influence on the efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal psychotherapy for depression: A failure to replicate. *Psychotherapy*, 53(1), 22–33.

2. Bosmans G. Cognitive behaviour therapy for children and adolescents: Can attachment theory contribute to its efficacy? // *Clinical Child and Family Psychology Review*. – 2016. – Т. 19. – №. 4. – С. 310–328.

3. Flores P.J. Group psychotherapy and neuro-plasticity: an attachment theory perspective // *The One and the Many*. – 2014. – С. 168–187.

4. Kinley, Jacqueline L.; Reyno, Sandra M. (2013). Attachment Style Changes Following Intensive Short-term Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 63(1), 53–75.



5. Levy, K.N., & Johnson, B.N. (2019). Attachment and psychotherapy: Implications from empirical research. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 60(3), 178–193.
6. Marmarosh, Cheri L.; Tasca, Giorgio A. (2013). Adult Attachment Anxiety: Using Group Therapy to Promote Change. *Journal of Clinical Psychology*, 69(11), 1172–1182.
7. Maxwell, H., Tasca, G.A., Ritchie, K., Balfour, L., & Bissada, H. (2014). Change in attachment insecurity is related to improved outcomes 1-year post group therapy in women with binge eating disorder. *Psychotherapy*, 51(1), 57–65.
8. McBride C., Atkinson L. Attachment theory and cognitive-behavioral therapy // Attachment theory and research in clinical work with adults. – 2009. – C. 434–458.
9. Newman, Michelle G.; Castonguay, Louis G.; Jacobson, Nicholas C.; Moore, Ginger A. (2015). Adult attachment as a moderator of treatment outcome for generalized anxiety disorder: Comparison between cognitive-behavioral therapy (CBT) plus supportive listening and CBT plus interpersonal and emotional processing therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 915–925.
10. Tasca G.A. et al. Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction // *Psychotherapy Research*. – 2006. – T. 16. – №. 1. – C. 106–121.
11. Taylor P. et al. Changes in attachment representations during psychological therapy // *Psychotherapy Research*. – 2015. – T. 25. – №. 2. – C. 222–238.

***КЫШТЫМОВА ИРИНА МИХАЙЛОВНА***

д. психол. н., профессор, кафедра психологии образования и развития личности. Иркутский государственный университет, г. Иркутск, РФ  
info@creativity.ru

***ШУГОНЦЕВ ВЛАДИМИР АЛЕКСАНДРОВИЧ***

Институт культуры, социальных коммуникаций и информационных технологий, Байкальский государственный университет, г. Иркутск, РФ  
vashugoncev@mail.ru

**СТРУКТУРА СОВЛАДАНИЯ У ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

**Аннотация.** Представлены результаты исследования особенностей копинг-стратегий лиц, страдающих химической зависимостью. В нем участвовали 19 алкозависимых и 17 наркозависимых пациентов психоневрологического диспансера. Показаны различия взаимосвязей компонентов реактивного и проактивного совладания у алко- и наркозависимых лиц. Выявлена высокая автономность структурных компонентов копинга у алкозависимых.

**Ключевые слова:** копинг-стратегии, проактивное совладающее поведение, наркотическая зависимость, алкогольная зависимость

**Введение.** Употребление алкоголя и наркотиков разрушительно для физического и психического здоровья человека, приводит к росту асоциальных проявлений и преступности. Процессы лечения и реабилитации алко- и наркозависимых лиц осложнены влиянием на эти процессы индивидуально – психологических факторов, системным взаимодействием всех компонентов психической организации лиц, страдающих химической зависимостью.

Важнейшими из них являются копинг-стратегии, особенности реагирования человека на трудные жизненные ситуации и стресс. Употребление алкоголя и наркотиков часто является следствием неготовности к продуктивному преодолению жизненных трудностей, средством снятия эмоционального напряжения, ухода от требующих решения проблем и, с другой стороны, обуславливает

такую неготовность. Понятие «coping» описывает индивидуальный подход к ситуации, определяемый ее «значимостью в жизни человека и его психологическими возможностями» [3]. Понимание особенностей реагирования на стресс больных с наркотической и алкогольной зависимостью может помочь в организации реабилитационных процессов, создании программы психологической коррекции, определении мишеней терапевтического воздействия, которыми являются не только «слабые» места личности зависимых, но и ресурсные – копинг-стратегии, готовность к решению возникающих трудностей.

Ранее выявлено, что лица с химической зависимостью в большей степени, чем не зависимые, используют непродуктивные стратегии преодоления стресса: «конфронтацию», «избегание», «дистанцирование», а также «поиск социальной поддержки», при этом группа зависимых рассматривалась недифференцированно [5]. Мы полагаем важным изучить различия реагирования на стресс у лиц с алкогольной и наркотической зависимостью, включив в структуру совладания компоненты проактивного копинга – основанной на жизненном опыте «антиципации возможных трудностей» [1, с. 138].

*Целью* нашего исследования стало выявление особенностей совладания с трудностями в группах лиц с алкогольной и наркотической зависимостью. Предполагено, что структура совладания: выраженность компонентов проактивного и реактивного копингов и особенности их взаимосвязей – у алко- и наркозависимых пациентов различна. Понимание особенностей их реагирования на трудные ситуации может помочь в определении зоны актуальной психологической коррекции.

*Методы исследования и выборка.* Исследование было проведено на базе Реабилитационного наркологического центра ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер». Участники исследования – лица с алкогольной и наркотической зависимостью, проходящие курс медицинской реабилитации в отделениях стационарной реабилитации диспансера – всего 36 человек 24 – 45 лет, из них 19 алкозависимых и 17 наркозависимых. Выборка была сформирована на основе анализа медицинских карт, в нее вошли пациенты с диагнозами «алкоголизм вто-

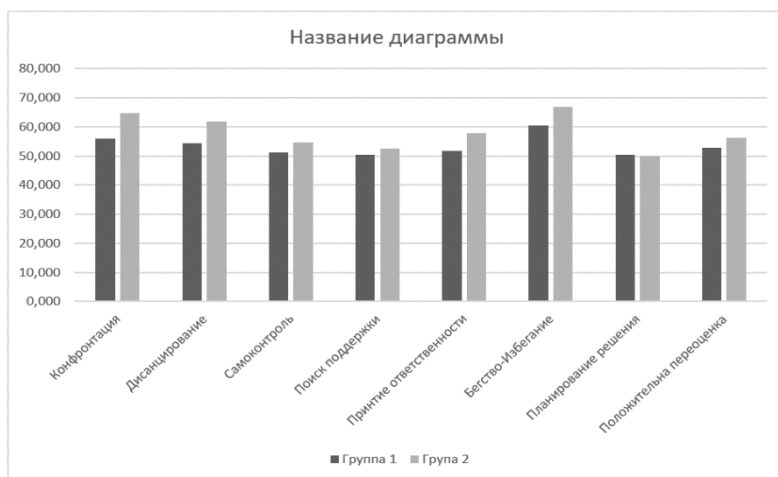
рой стадии» и «наркомания» (F11.1, F12.1), находящиеся на реабилитации от 3 до 6 месяцев.

Определение структуры совладания зависимых проводилось с помощью 1) копинг-теста Р. Лазаруса и С. Фолкмана в адаптации Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтык, М.С. Замышляевой для изучения реактивных стратегий совладания (надежность методики – 0,75) [4]; 2) опросника проактивного совладающего поведения Greenglass E., Schwarzer R. в адаптации Е.П. Белинской, А.В. Вечерина, Е.Р. Агадуллиной (надежность методики – 0,92) [1].

Для сравнения групп испытуемых по степени выраженности измеряемого признака применялся непараметрический статистический критерий Манна-Уитни; для выявления взаимосвязей между переменными – коэффициент корреляции Спирмена.

*Результаты исследования.* Сравнительный анализ данных диагностического исследования показал, что между группами алкозависимых и наркозависимых есть значимые различия в выраженности ведущих копинг-стратегий. Выявлено, что для наркозависимых в большей степени, чем для алкозависимых, характерны защитные стратегии: «конфронтация» ( $p=0,005$ ), «дистанцирование» ( $p=0,003$ ), «поиск поддержки» ( $p=0,007$ ), «принятие ответственности» ( $0,004$ ) и «бегство-избегание» ( $p=0,000$ ). Достоверных различий в выраженности стратегий: «самоконтроль», «планирование решения» и «положительная переоценка» – между респондентами обеих групп обнаружено не было.

Таким образом, пациенты с диагнозом «наркомания», по сравнению с респондентами группы алкозависимых, более склонны к активному реагированию на стресс, причем активность не всегда целенаправленна; к избеганию ситуации, обращению за помощью к другим, склонны к самообвинению. Сравнение выраженности компонентов совладания, определяемых с помощью «копинг-тест» Р. Лазаруса и С. Фолкмана, показало, что их значения выше у респондентов с наркозависимостью (кроме компонента «планирование решения») (рис. 1).



*Рис. 1.* Значения компонентов реактивного копинга в группах алко- и наркозависимых

*Прим.: группа 1 – алкозависимые, 2 – наркозависимые*

Анализ полученных данных показал, что ведущей копинг-стратегией в обеих группах является бегство-избегание. Менее характерны для испытуемых «поиск поддержки» и «планирование решения» – у респондентов с алкозависимостью по 50,4 балла в обоих случаях, у респондентов с наркозависимостью – 52,6 и 50,4, соответственно. Это позволяет сделать вывод о том, что лица с химической зависимостью склонны к реагированию по типу уклонения – могут отрицать проблему, фантазировать, игнорировать. Они реже прибегают к помощи окружающих, меньше всего используют целеполагание при решении проблемы.

Определение выраженности структурных компонентов проактивного копинга – готовности к реализации в будущем стратегии совладания, являющейся результатом осмысления ранее полученного опыта, показало отсутствие достоверных различий между группами алко- и наркозависимых. При этом для них характерно отношение трудным жизненным ситуациям как важному источнику опыта: ПРО=15,579 и 16,882, а наименее выражена стратегия «стратегическое планирование» – готовность к обосно-

ванному выбору модели реагирования на стресс (7,368 и 7,000, соответственно).

Определение соотношения структурных компонентов реактивных и проактивных стратегий преодоления показало тесноту их взаимосвязей в группе наркозависимых (табл.1). Все компоненты проактивного копинга тесно связаны со стратегиями реактивными. При этом способности прогнозировать результаты реагирования на стресс (РЕФ) и предвосхищать трудные ситуации, исходя из опыта (ПРВ) коррелируют с четырьмя копингами: «поиском социальной поддержки», «планированием решения проблемы», «положительной переоценкой» и «самоконтролем»; поиск эмоциональной поддержки (ЭР) связан с реализацией при встрече с трудностями модели избегания решения проблем.

Таблица 1

**Взаимосвязи структурных компонентов реактивных и проактивных стратегий совладания у наркозависимых**

	ПРО	РЕФ	СП	ПРВ	ИП	ЭР
Поиск социальной поддержки	<b>0,648</b>	<b>0,704</b>	<b>0,792</b>	<b>0,671</b>	<b>0,540</b>	
Планирование решения проблемы	<b>0,610</b>	<b>0,719</b>	<b>0,485</b>	<b>0,648</b>		
Положительная переоценка	<b>0,668</b>	<b>0,506</b>		<b>0,485</b>		
Самоконтроль		<b>0,542</b>		<b>0,490</b>		
Бегство – избегание						<b>0,519</b>

*Прим.: ПРО – проактивное совладание, РЕФ – рефлексивное совладание, СП – стратегическое планирование, ПРВ – превентивное совладание, ИП – поиск инструментальной поддержки, ЭП – поиск эмоциональной поддержки.*

Анализ структуры копинга у алкозависимых показал высокую степень автономности ее компонентов. Только три компонента проактивного копинга имеют связь с реактивными стратегиями преодоления: восприятие пережитых трудностей как источника позитивного опыта (ПРО) отрицательно связано с «дистанцированием» и «принятием ответственности»; способность к предви-

дению и предупреждению трудностей как результатов осмысления ранее произошедших ситуаций (ПРВ) положительно связана с «поиском социальной поддержки», а готовность обращаться к другим людям за полезной для преодоления трудной ситуации информацией (ИП) отрицательно связана со стратегией избегания (табл. 2).

Таблица 2

**Взаимосвязи структурных компонентов  
копинг-стратегий у алкозависимых**

	ПРО	ПРВ	ИП
Дистанцирование	<b>-0,476</b>		
Принятие ответственности	<b>-0,459</b>		
Поиск социальной поддержки		<b>0,467</b>	
Бегство-избегание			<b>-0,464</b>

*Прим.: ПРО – проактивное совладание, ПРВ – превентивное совладание, ИП – поиск инструментальной поддержки*

Согласно автору концепции проактивного копинга Е. Грингласс [6], его компоненты маркируют способность человека к построению моделей реагирования на стресс, опираясь на ранее полученный и осмысленный опыт, готовность к антиципации трудностей и их преодолению в будущем. Отсутствие взаимосвязей компонентов проактивного копинга с реактивными, используемыми человеком стратегиями реагирования на стресс является свидетельством «разрыва» ментальных и проявляющихся в действиях способов преодоления трудных жизненных ситуаций. Такой «разрыв», обнаруженный у алкозависимых лиц, является основанием суждения о том, что их опыт переживания и преодоления трудных ситуаций, будучи основой понимания способов справиться с такими ситуациями в будущем, не становится при этом основой реализуемых действий.

Это актуализирует важность поиска преодоления «разрыва», организации таких коррекционных мероприятий с алкозависимыми, которые позволят им не только осмыслить опыт преодоления трудностей, но использовать результаты этого осмысления в

совладающем поведении. Мы полагаем, что эффективным методом коррекции в этом случае может быть нарративная синематерапия – просмотр и обсуждение художественных и документальных фильмов о преодолении человеком трудностей: в процессе нарративной транспортировки – погруженности в происходящее на экране, идентификации с героями зритель обретает опыт, который может актуализироваться во время обсуждения и стать основой построения собственной модели реагирования.

*Заключение.* Проблема соотношения реактивных и проактивных стратегий в совладании личности является важным направлением исследований. В отношении химически зависимых больных этот вопрос является ключевым, так как личностные изменения больных не способствуют целеполаганию и развитию адаптивных стратегий преодоления своей болезни [1].

При реабилитации химически зависимых пациентов необходимо учитывать тот факт, что, несмотря на одну болезнь и сходный путь выздоровления, наркоманы и алкоголики отличаются друг от друга; и для успеха реабилитации важное значение имеет понимание и использование этих различий. Выявленные особенности структуры совладания у алкозависимых и наркозависимых лиц позволяют реализовать дифференцированный подход к их коррекции.

### Список литературы

1 Белинская Е.П., Вечерин А.В., Агадуллина Е.Р. Опросник проактивного копинга: адаптация на неклинической выборке и прогностические возможности [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 3. С. 192–211. doi: 10.17759/psycjln.2018070312

2 Бехтер А.А. Психологический анализ реактивно-проактивного совладания наркозависимых мужчин [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 4. С. 21–35. DOI: 10.17759/cpse.2020090402

3 Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. 329 с.



4 Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / Журнал практического психолога. – М.: 2007. № 3. – С. 93–112.

5 Шугонцев В.А., Кыштымова И.М. Особенности копинг-стратегий и ролевой виктимности у лиц с химической зависимостью // Личностные и ситуационные детерминанты поведения и деятельности человека: матер. Всеросс. науч.-практ. конференции (г. Донецк, 07 декабря 2023); под общ. ред. А.В. Гордеевой, Э.А. Ангилиной. – Донецк: ДонГУ, 2023. С. 252–258.

6 Greenglass E.R. Proactive coping // Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges / E. Frydenberg (ed.). London: Oxford University Press, 2002. P. 37–62.

**ЛАНБЕРГ ОЛЬГА АЛЕКСАНДРОВНА**

медицинский психолог отделения пациентов с нарушением функций ЦНС ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России, клинический психолог, арт-терапевт, почетный член Национальной ассоциации для развития арт-терапевтической науки и практики «Арт-терапевтическая ассоциация», Москва, РФ.  
olga\_lanberg@mail.ru

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АРТ-ТЕРАПИИ В КАЧЕСТВЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ДИАГНОЗОМ БЕСПЛОДИЕ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЭТАПЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ**

**Аннотация.** В статье рассматриваются взгляды различных авторов на проблему женского бесплодия, описывается собственный опыт разработки и реализации программы психологического сопровождения средствами арт-терапии женщин, находящихся на этапе комплексной прегравидарной подготовки. Кратко представлена структура групповых арт-терапевтических занятий.

**Ключевые слова:** психология, прегравидарная подготовка, бесплодие, арт-терапия

В Российской Федерации согласно данным социологических исследований Федеральной службы государственной статистики Росстата отмечается ежегодное сокращения численности населения. Данная тенденция обусловлена тем, что последнее время возраст первородящих существенно сдвинулся в более старшую возрастную группу [9], а также низкими показателями рождаемости, в том числе и вследствие различных нарушений репродуктивного здоровья у женщин детородного возраста (Ильшев А.М., 2008, Збарская И.А., 2008; Борисов В.А., 2010; Блох М.Е. 2015; Г.Г. Филиппова, 2018; Басалаев Н.В. 2019; Добряков И.В., 2020).

Частота бесплодия в мире составляет 10–15% и не имеет тенденции к снижению, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Согласно статистике Росстата, уровень в Рос-

сии – 224,2 на 100 тыс. женщин в возрасте 18–49 лет [9]. По данным различных авторов, распространенность бесплодия в европейских странах в среднем составляет около 14% [10], в Российской Федерации колеблется от 8 до 17,8% [9]. На улучшение демографических показателей можно повлиять путем внедрения и реализации на государственном уровне комплексных программ прегравидарной подготовки, которые учитывали бы биопсихосоциальные аспекты проблемы бесплодия. Психологическое сопровождение женщины, как составляющая прегравидарной программы подготовки, способно улучшить психоэмоциональное состояние женщины, снизить тревожность, проработать неэффективные копинг-стратегии, стереотипы, страхи и т.п. Подойти к зачатию ребенка в наилучшем для себя психоэмоциональном состоянии, что положительным образом будет влиять на процесс зачатия, способствуя наступлению желаемой беременности, а также снижать риски развития гестационных осложнений, неблагоприятных перинатальных исходов. Соответственно, прямо или опосредованно влиять на улучшение здоровья и численности популяции в целом.

Однако, в клиническом протоколе, разработанном Междисциплинарной ассоциацией специалистов репродуктивной медицины [7], в главе 5.9. Коррекция психоэмоциональных нарушений [7, с. 2], предлагается прибегать к психологическому сопровождению лишь в кризисных случаях: «перинатальной потери» или «рождения ребенка с серьезными нарушениями здоровья» для компенсации психоэмоциональной нагрузки и сопровождения будущей беременности (уже после случившейся психотравмирующей ситуации). На наш взгляд, недооценка фактора психологического сопровождения прегравидарной подготовки приводит к тому, что его потенциал не используется в полной мере. Активно предлагается использовать лишь его антикризисный аспект, а профилактический и психокоррекционный потенциал остаются практически незадействованными. Целесообразным представляется выстраивание комплексной программы психологического сопровождения этапа прегравидарной подготовки, которая бы включала в себя диагностический этап: диагностику актуального психоэмоционального состояния, семейных сценариев, стереоти-

пов, страхов, поведенческих проявлений, репродуктивной мотивации и т.д., и, при необходимости, этап психокоррекции, получения позитивных эмоций, закрепления эффективных стратегий, получения навыков эмоциональной саморегуляции.

Современные биотехнологии, достижения в области медицины, акушерства и гинекологии (экстракорпоральное оплодотворение, суррогатное материнство), казалось бы, способны решить на физиологическом уровне проблему женского бесплодия. Однако даже самые современные медицинские технологии зачастую могут не дать ожидаемого результата, если не принимать во внимание особенности психического статуса женщины, ее репродуктивной мотивации [8].

В отечественной психологической науке на рубеже XXI века отмечается повышение внимания и интереса научного и медицинского сообществ к психологическим, психосоматическим проблемам нарушений репродуктивного женского здоровья (Филиппова Г.Г. 2002; Абрамченко, 2004; В.И. Кулаков, 2005; Деметьева, 2010; Добряков, 2015; Кузнецова, 2017; Осипенко И.М., 2020 и др.).

В последнее тридцатилетие сформировалось два подхода к изучению проблемы infertility женщины и «неуточненного гинекологического диагноза». Для медицинской науки наиболее характерна позиция о патогенетическом влиянии различных невыявленных эндокринных факторов и скрытых функциональных расстройствах репродуктивной системы, (Резникова Т.А., Роговская В.И., Анохин Л.В., Коновалов О.Е., Пшеничникова Т.Я., Сухих Г.Г., и др.).

Другой ракурс – взгляд через призму биопсихосоциального подхода, позволяющий рассматривать причину нарушений репродуктивной функции женщины в сочетанном влиянии нескольких факторов: физического нездоровья, социального и психологического неблагополучия. Приверженцы данного подхода указывают на невозможность выделить одну причину, изолированно влияющую на женское бесплодие. По их мнению, в основе – сочетанность нескольких факторов: как биологических, так и психологических, и социальных. Они считают, что в нарушении фертильности женщины играет не менее важную роль патологи-

180

ческое воздействие аффективных переживаний и стрессогенности окружающей среды (Дахно Ф.В., Кунин А.И., Колчин А., Малкина – Пых И.Г., В.И. Кулаков, М.В. Корякин; А.С. Акоюн, И.Е. Корнеева, Блох М.Е, Г.Г. Филиппова, Добряков И.В. и др.).

На сегодняшний день изучению формирования психоэмоциональных нарушений женщин с диагнозом бесплодие посвящено достаточно большое количество работ. Установлена причинно-следственная связь между формой, длительностью лечения бесплодия и степенью выраженности психоэмоциональных реакций, особенностями соматического здоровья и социальных факторов, выраженностью психоэмоциональных состояний и эффективностью лечения, влияние женского бесплодия на сексуальные отношения в паре (Olivius С. 2004; Friden В. 2004; Borg G.2004). В то же время остается недостаточно изученным целый спектр вопросов, касающихся взаимосвязи психологических характеристик и патогенеза женского бесплодия: влияние детско-родительских отношений на будущую фертильность женщины, исследование наиболее безопасных (с точки зрения ретравматизации) и в то же время эффективных методов коррекции психоэмоционального состояния женщины, находящейся на этапе прегравидарной подготовки, изучению и, при необходимости, коррекции ценностно-смысловых аспектов, установок женщины относительно экстракорпорального оплодотворения.

В ходе реализации программы психологического сопровождения средствами арт-терапии, мы в своей работе рассматривали два аспекта в изучении взаимосвязей между infertility женщины и ее психоэмоциональным состоянием. С одной стороны, бесплодие как причину нервно-психических расстройств: исследуя актуальные переживания женщиной своего диагноза бесплодие, стрессогенности самого фактора постановки диагноза и переживания в процессе лечения, попыток забеременеть, а с другой – те нервно-психические нарушения, которые послужили одной из причин возникновения женского бесплодия. Мы вслед за сторонниками психосоматического подхода склонны рассматривать infertility женщины как результат внутреннего конфликта между сознательным стремлением иметь ребенка и неосознанным отказом от материнства и беременности. Ряд исследова-

телей, следуя за представителями психоанализа считают, что психологическое или идиопатическое бесплодие у женщин может быть следствием нежелательной беременности ее матери и нарушения ранней симбиотической связи, дефицитными отношениями с матерью, вытеснения детских психотравм. (Пайнз Д., 1997; Хорни К., 2003; Уварова С. Г., 2007, Shroeder D., 1993, Филиппова Г.Г., 2011; Деменьтьева Н.О., 2011; Абрамченко В.В., 2011, В.Д. Менделевич, Э.В. Макаричева, Н.Н. Петрова). Изучая мотивы иметь ребенка, Л.В. Адамян, Г.Г. Филиппова, М.В. Калининская отмечают, что один из мотивов – это стремление к удовлетворению потребностей зависимости, ребенок как способ обретения и достижения симбиотической зависимости от матери. Н.Г. Ципурия, Е.А. Ускова, Т.А. Асимова, А.С. Сагадиев изучали влияние психосексуального состояния женщины репродуктивного возраста на ее фертильность. Ощущения себя «неполноценной», потеря спонтанности сексуальной близости, необходимость свыкнуться с сексуальной жизнью «по расписанию», соответствующему медицинскому протоколу, восприятия партнера «как донора спермы» – все это вызывает потерю интереса к сексуальной близости с партнером и нарастанию внутреннего психического напряжения, которое является дополнительным стрессогенным фактором, влияющим на способность к зачатию.

Невозможность рождения ребенка – тяжелая хроническая психотравмирующая ситуация для женщины, для семьи. Женщины с проблемами деторождения, испытывающие длительную фрустрацию желаний иметь ребенка, зачастую уже имеющие опыт неудачных попыток забеременеть, ощущающие давление родственников, возраста, имеющие уязвленную самооценку, вынужденные находиться в ситуации неопределенности, нуждаются в психопрофилактической поддержке и психокоррекционной работе. Такая поддержка и работа должны осуществляться наименее травматичными с психологической точки зрения методами. Одним из таких методов, хорошо зарекомендовавшим себя и довольно мягким, является арт-терапия.

По определению Американской арт-терапевтической ассоциации, арт-терапия рассматривается как вид «лечебного применения изобразительной деятельности в контексте профессиональ-

ных отношений арт-терапевта с пациентами, имеющими те или иные заболевания, психические травмы, трудности адаптации, а также с теми, кто стремится к личному развитию. Благодаря созданию изобразительной продукции, обсуждению образов и процесса их создания, они могут прийти к лучшему пониманию себя и других, справиться с симптомами болезни и стресса или последствиями психической травмы, развить познавательные навыки и прийти к позитивному, жизнеутверждающему мироощущению» [3]. Согласно Резолюции Национальной ассоциации, для развития арт-терапевтической науки и практики «Российская арт-терапевтическая ассоциация», арт-терапия характеризуется как «система психологических и психофизических лечебно-коррекционных воздействий, основанных на занятиях клиентов/пациентов изобразительной деятельностью, построении и развитии терапевтических отношений. Она 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 высокого качества жизни и развития человеческого потенциала» [2]. Клиническая (медицинская) арт-терапия ориентирована на более активное использование искусства в медицинских учреждениях на основе биопсихосоциальной парадигмы развития и лечения психических и физических заболеваний. В пространстве отечественной психологической науки были проведены исследования влияния арт-терапии на течение и коррекцию посттравматического стрессового расстройства, ее лечебно-реабилитационные и дестигматизирующие эффекты (Копытин А.И. 2010, Назарова Н.Р.2012, Лебедев А.А. 2011) [3], применения арт-терапии в комплексном подходе к решению женских проблем здоровья (Ланберг О.А) [1].

*Программа арт-терапевтического сопровождения женщин с диагнозом бесплодие на этапе прегравидарной подготовки*

На базе ФГБУ «НМИЦ РК» с 2019 года в ходе реализации научно-исследовательской работы «Разработка, систематизация и научное обоснование протоколов прегравидарной подготовки к

комплексной программе санаторно-курортного лечения пациенток с отягощенным акушерским и гинекологическим анамнезом» разработана и реализована программа арт-психотерапевтического сопровождения пациенток. Основная *цель* программы арт-терапевтического сопровождения: гармонизация личности женщин с диагнозом бесплодие, находящихся на этапе прегравидарной подготовки, коррекция их неудовлетворительного психоэмоционального состояния, индивидуально-психических свойств личности пациенток, купирование/снижение влияния психотравмирующих ситуаций из анамнеза жизни пациенток, профилактика психогенных (невротических, психосоматических) расстройств и заболеваний, купирование/снижение стрессогенных факторов, сопровождающих пациенток на этапе подготовки к беременности.

*Структурная организация программы арт-терапевтического сопровождения женщин с диагнозом бесплодие, находящихся на этапе прегравидарной подготовки*

Программа предоставляла возможность посетить 6 групповых занятий с периодичностью 1 раз в неделю. Продолжительность одного занятия 2 часа, продолжительность программы – 6 недель.

Предпрограмная подготовка

Пациентки случайным образом были разделены на две группы. Пациентки, попавшие в группу с арт-терапевтическим сопровождением, перед началом программы проходили индивидуальную консультацию с психологом. В ходе индивидуальной консультации пациенткам разъяснялись цели, задачи, процедура арт-терапевтических групповых занятий, собирался анамнез, а также проводилась первичная диагностика.

Программа в целом и каждое арт-терапевтическое занятие построены на творческой экспрессии участниц (с использованием различных арт-терапевтических методик, техник и творческих материалов), на построении психотерапевтических отношений и законов динамики группового взаимодействия, на анализе участницами своих творческих продуктов, творческого процесса, а также осознании и выражении своих чувств, мыслей и ощущений. [4].



*Основные этапы реализации  
арт-терапевтической программы:*

I этап. Введение участниц в арт-терапевтическую программу. Основная задача данного этапа – плавное введение участниц в групповое арт-терапевтическое взаимодействие, установление контакта, доверительной атмосферы, знакомство с правилами работы группы, правилами рефлексии своего эмоционального и физического состояния, анализа творческих продуктов. На этом этапе участницам предлагались небольшие творческие работы, связанные со знакомством, самопрезентацией, созданием доверительной атмосферы, способствующей самораскрытию. Также в задачи первого этапа входило прояснение мотивации участниц, каких результатов они ожидают от программы, знакомство с личными историями участниц, определение мишеней арт-терапии. Задания предлагались для творческой работы, нацеленные на знакомство и установление контактов, снятие напряжения, формирование доверия. Индивидуальные творческие работы создавались с целью самопрезентации и самораскрытия, а также постепенного погружения в процесс осознания своих скрытых мотивов, неосознаваемых паттернов поведения.

На этом этапе пациенткам предлагалось создать две основные творческие работы по методике «Метафорический рисунок семьи в образе рыб» Л.Д. Лебедевой [6]. Методика была адаптирована к целям программы арт-терапевтического вмешательства и включала в себя две творческие работы: первая работа «Метафорический рисунок семьи, где я была ребенком», вторая работа «Метафорический рисунок моей семьи». После создания работ проводилась демонстрация и рефлексивный анализ творческой продукции автором в ходе беседы с ведущим группы. Происходило осознание и реконструкция системы отношений, взглядов и стереотипов участниц занятий.

Данный этап может занимать от 1 до 2 групповых занятий.

II этап. Основной этап. Происходила дальнейшая адаптация участниц к группе, продолжалось формирование доверительных отношений и групповой сплоченности, производилась симптоматическая стабилизация, уточнение, иногда переформулировка

мишеней арт-терапевтического воздействия, исследование фактов возникновения и развития патологических состояний, роль психоэмоционального состояния в возникновении соматического симптома, оценка системы отношений пациенток (к себе, к прошлому, настоящему, будущему, к диагнозу, к семье, собственные детско-родительские отношения, социальным ролям и т.п.). На данном этапе, как правило, происходило глубокое самораскрытие участниц программы. Вскрытие, осознание и «переработка», рефрейминг психотравмирующих событий жизни. Проработка проблемных, конфликтных аспектов личности, нахождение «вторичных выгод», которые женщина может неосознанно получать от своего состояния, нахождение альтернативных способов (помимо бессознательного ухода в болезнь) достижения желаемого. Пути осознания и отреагирования подавляемых эмоций. Поиск и нахождение новых внутренних ресурсов, психических сил для решения жизненных задач, более гармоничного состояния, неожиданные открытия о себе (инсайты).

На этом этапе пациенткам предлагалось создать несколько основных творческих работ, одна из которых – рисунок «Моя беременность». После создания работ проводилась демонстрация и рефлексивный анализ творческой продукции автором в ходе беседы с ведущим группы.

Данный этап является основным, самым эмоционально насыщенным, как правило, включает в себя от 2 до 3 групповых занятий.

III этап. Завершающий этап. Участницами программы «дорбатывались», «завершались» важные для них темы, озвучивались личные инсайты, основные выводы из полученного в ходе арт-терапевтической группы опыта, анализировался новый опыт и паттерны поведения, обсуждалась реализация новых, «более здоровых» стратегий достижения целей в реальной жизни, за пределами терапевтической группы. На этом этапе пациенткам предлагалось создать основную творческую работу: «Подарок будущему ребенку». Создание трехмерной творческой работы из непряженой овечьей шерсти в технике фелт-терапии [5]. Затем производилось закрепление достигнутых изменений для укрепления положительных результатов. Планирование дальнейших дей-

186

ствий за пределами арт-терапевтической группы «в реальной жизни». Выражение чувств. Ритуал прощания с группой, арт-терапевтом. Подводились итоги участия в программе, заполнялись необходимые опросники и анкеты обратной связи. Осуществлялся «мягкий выход» из программы. Окончание работы арт-терапевтической группы.

Благодаря такой структуре организации арт-терапевтического процесса пациентки постепенно и активно вовлекаются в арт-терапевтическую работу, отмечая при этом характерное для групповых сессий сочетание творческой атмосферы, атмосферы принятия и безоценочности с возможностью достижения важных и серьезных выводов относительно различных аспектов собственной личности.

В ходе реализации программы было проведено исследование, результаты которого готовятся к публикации. Исследование позволило отследить полученные эффекты от включения арт-терапии в программу прегравидарной подготовки. Предложенная арт-терапевтическая программа позволила повысить эффективность комплексной прегравидарной подготовки, также позволила осуществить психокоррекцию и психопрофилактику негативных психоэмоциональных состояний и невротических расстройств, повысить качество жизни, снизить уровень реактивной тревожности, скорректировать ограничивающие установки, страхи и стереотипы.

Полученные нами данные в ходе реализации программы будут тщательно проанализированы и в дальнейшем представлены к публикации.

### **Список литературы**

1. Гигинеишвили Г.Р., Котенко Н.В., Ланберг О.А. Применение арт-психотерапии у женщин после мастэктомии по поводу рака молочной железы // Вестник восстановительной медицины. – 2019. – № 6 (94). – С. 22–26.
2. Копытин, А. И., Нормативный документ по регулированию профессиональной и психологической деятельности в сфере арт-терапии (арт-психотерапии). Стандарт профессиональной психотерапевтической

помощи в сфере арт-терапии (арт-психотерапии). Под общ. ред. Копытина А.И. / СПб.-М. – 2017 – с. 6.

3. Копытин А.И. Клиническая системная арт-терапия и стандарты оказания психиатрической помощи. Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2016. – № 4(39). [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru>

4. Ланберг О.А., Гигинеишвили Г.Р., Котенко Н.В., Фелт-терапия в работе с эмоциональным состоянием пациентов. Авторская методика: «Обитель ресурсов» // Вестник восстановительной медицины. – 2020. – № 1(95). с. 76–80.

5. Ланберг, О. А. Шерсть как арт-терапевтический материал, или Фелт-терапия. Методика «Ковер ресурсов» // Арт & Терапия. – 2016. – № 1 (7). – стр. 32–45.

6. Лебедева Л.Д. Метафорический портрет семейного и социального окружения в образе рыб: проективная арт-терапевтическая техника. Арт & Терапия. – 2020. – № 1 (11). – стр. 58–67.

7. Прегравидарная подготовка. Клинический протокол Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС). Версия 2.0 / [Коллектив авторов: Маклецова С.А., Раевская О.А. и др.]. – М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2020. – 128 с.

8. Филиппова, Т.Ю. Новые подходы к решению медико-социальных проблем охраны репродуктивного здоровья семьи / Т.Ю. Филиппова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – № 4. – с. 24–28.

9. <https://rosinfostat.ru/rozhdmost/>

10. <https://www.un.org/ru/sections/issues-depth/population/>

**ЛАНБЕРГ ОЛЬГА АЛЕКСАНДРОВНА**

медицинский психолог отделения пациентов с нарушением функций ЦНС ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России, клинический психолог, арт-терапевт, почетный член Национальной ассоциации для развития арт-терапевтической науки и практики «Арт-терапевтическая ассоциация», Москва, РФ  
olga\_lanberg@mail.ru

**КАТЫКОВА ИРИНА МИХАЙЛОВНА**

психолог-консультант, арт-терапевт, ассоциированный член Национальной ассоциации для развития арт-терапевтической науки и практики «Арт-терапевтическая ассоциация», волонтер общественного движения помощи бездомным и бедным людям «Друзья на улице», Москва, РФ  
katykovairina@yandex.ru

**ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОБЪЕМНЫХ  
МЕТАФОРИЧЕСКИХ АССОЦИАТИВНЫХ КАРТ  
В АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ  
В ОТДЕЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ  
ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИЙ  
ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**Аннотация.** В статье описывается опыт использования психологических объемных метафорических ассоциативных карт-подушек (МАП) на арт-терапевтических занятиях в отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушением функций ЦНС. Все пациенты, с которыми проводились занятия, перенесли инсульт (ОНМК), находились на разных этапах реабилитации.

**Ключевые слова:** психология, метафорические ассоциативные карты, МАК, арт-терапия, метафорические ассоциативные подушки, МАП, реабилитация при нарушениях функций нервной системы.

**Введение.** На сегодняшний день одна из важных задач, стоящих в области медицины – усовершенствование, повышение эффективности комплексных программ реабилитации пациентов,

перенесших инсульт. Для реализации данной задачи в мультидисциплинарных командах специализированных реабилитационных центров или отделениях работают различные специалисты: неврологи, инструкторы ЛФК, врачи-физиотерапевты, эрготерапевты, логопеды, нейропсихологи и, конечно же, медицинские психологи. Цель работы мультидисциплинарной команды – обеспечить максимально эффективный процесс восстановления физических, неврологических, когнитивных, психических нарушений, помочь пациенту улучшить свое психоэмоциональное состояние, реадaptироваться в быту, социуме, профессиональной сфере.

Эмоциональные расстройства, возникающие у пациентов после инсульта, негативно отражаются на реабилитационном процессе, снижая его эффективность, нарушают мотивацию к лечению и качество жизни. На сегодняшний день становятся актуальными программы комплексной реабилитации пациентов как в раннем, так и в позднем восстановительном периоде после острого нарушения мозгового кровообращения, включающие коррекцию физических нарушений, когнитивных, а также психологическую коррекцию эмоциональных нарушений [7].

Таким образом, в процессе работы в реабилитационном центре с пациентами, перенесшими инсульт, и реализации программы психологического сопровождения реабилитационного процесса (как на раннем, так и на позднем этапе) нами решались задачи не только подбора эффективных диагностических методик для оценки психоэмоционального состояния и удовлетворенности качеством жизни, но также подбор, адаптация и создание многофункциональных коррекционных методик, которые позволили бы работать и с психоэмоциональным состоянием пациента, и с когнитивными нарушениями, а также стимулировать сенсомоторную систему и мелкую моторику.

Необходимо отметить, что на базе реабилитационного центра в течение пяти лет велась активная работа с пациентами с применением арт-терапевтического подхода, в частности, клинической модели арт-терапии [4]. Ежедневно проводились групповые и индивидуальные арт-терапевтические занятия с использованием различных разнотекстурных материалов, таких, как глина, краски, песок, непряденая овечья шерсть и т.п. [5; 6]. Также проводи-

лась арт-терапевтическая групповая работа, в том числе, с применением непряденной овечьей шерсти как мультисенсорного арт-терапевтического материала. К моменту включения данного материала в работу с пациентами, перенесшими ОНМК, имелся накопленный положительный опыт применения непряденной овечьей шерсти в качестве арт-терапевтического материала в групповой арт-терапевтической работе с пациентками, имеющими невротические расстройства в период менопаузального перехода при реализации комплексной программы их медицинской реабилитации [1].

Так же была отмечена эффективность применения различных по своим сенсорным характеристикам арт-терапевтических материалов (масляные краски, глина, непряденная овечья шерсть, керамическая мозаика) и в групповой арт-терапии с женщинами после мастэктомии по поводу рака молочной железы [2].

Но иногда, в связи с ранним этапом групповой или индивидуальной работы или в связи с физическими ограничениями пациента, работа по созданию собственной творческой продукции крайне осложнена, а в отдельных случаях и не представляется возможной. И тогда к нам на помощь приходят готовые (уже созданные кем-то) творческие объекты (иллюстрации шедевров мировой живописи, объемные игрушки, наборы метафорических ассоциативных карт и т.п.).

Метафорические ассоциативные карты (МАК) при проведении психологических консультаций, индивидуальной и групповой психотерапии, арт-терапии активно используются на протяжении уже нескольких десятилетий. К настоящему моменту существует множество вариантов наборов МАК, они выпускаются в бумажном (картонном, ламинированном и т.п.) варианте картинок, либо в виде наборов виртуальных картинок для работы онлайн на специализированных МАК-платформах. Используются для решения широкого спектра тематических запросов пациентов или клиентов, например, работа со страхами, осознание и работа с психологическими барьерами и ресурсами, поиск выхода из сложных жизненных ситуаций, в решении гендерных проблем, в профилактике посттравматических расстройств, коррекции тревожных состояний, в вопросах личностного роста и т.д.

Однако классические МАК – как бумажные, так и виртуальные, – изначально ориентированы на стимуляцию работы преимущественно визуальной системы восприятия. Игнорируя другие каналы восприятия: кинестетический и аудиальный. В то же время известно, что у каждого человека свой предпочитаемый канал восприятия, который может быть поврежден или ограничен вследствие перенесенного инсульта.

*Объемные метафорические ассоциативные карты в виде подушек (МАП).* Нами был разработан еще более многофункциональный инструмент, который позволил стимулировать компоненты аффективной, когнитивной и сенсомоторной систем, стимулировать (ввиду особенностей пациентов с нарушением функции ЦНС, пациентов с двигательными нарушениями, нарушениями мелкой моторики, чувствительности и т.п.) сенсомоторную интеграцию. Созданный нами набор объемных метафорических ассоциативных карт в виде небольших подушек (МАП) [9] с разными фактурами, наполнителями, звучанием, цветовым сочетанием позволяет расширить спектр решаемых задач, возможностей и областей применения.

Разработка наборов МАП со съёмными и несъёмными разнофактурными наволочками, с вариативными цветовыми сочетаниями, различными характеристиками наполнителей, а также с различными физическими характеристиками (вес, звук, плотность), подбираемых по принципу контрастности, способствует расширению сферы их применения по сравнению с классическими МАК [9].

Одним из основополагающих принципов работы МАП является мультимодальная сенсорная стимуляция различных каналов восприятия информации, позволяющая использовать данный набор не только в работе с психоэмоциональным состоянием, но и с восстановлением когнитивных функций, разработкой мелкой моторики, восстановлением чувствительности руки и т.д.

В то же время, МАП (как стимульный материал) способны вызывать различные воспоминания из личного опыта. МАП позволяют произойти диссоциации пациента с его актуальной проблемой (заболеванием, возможной инвалидизацией, полной, частичной или временной потерей самостоятельности), предоставляют



возможность говорить о своих переживаниях, связанных с заболеванием, о своих страхах через метафору, что позволяет избежать ретравматизации. Затем, благодаря совместному со специалистом (арт-терапевтом), ассоциативному и нарративному исследованию проблемы пациента, происходит перемещение его внутренних побуждений и неосознанных потребностей в зону рационального осознания, анализа, переосмысления. Что, возможно, принесет пациенту в дальнейшем иной взгляд на проблему, принятие каких-то новых аспектов, мотивации, облегчение психологического состояния, получение доступа к новым внутренним ресурсам.

Важно отметить, что МАП, как и классические наборы МАК, стимулируют эмоциональное и рациональное взаимодействие пациента с визуальным образом, который может провоцировать появление и иных – вербальных, телесных – ассоциаций, что обеспечивает разнообразие взаимодействий специалиста (арт-терапевта, психолога) с различными проявлениями психики пациента [3].

Набор МАП обеспечивает универсальное эффективное использование для пациентов с различными нарушениями функций восприятия, позволяя задействовать в психодиагностическом или психотерапевтическом процессе еще большее число органов восприятия.

За счет непосредственного стимульного воздействия сразу на несколько органов чувств использование МАП оказывает не только психологический, но психофизиологический эффект: позволяет одновременно с тем или иным акцентом в инструкции стимулировать различные виды чувствительности после инсульта или травмы (кинестетической, мышечно-суставной, слуховой, болевой чувствительности, нарушений зрения), что обеспечивает более комплексное воздействие.

Работа с набором МАП может быть более индивидуализированной, учитывающей особенности восприятия конкретного пациента, его медицинского диагноза, поскольку пациент имеет возможность выбирать для работы мини-подушку с определенными характеристиками (рис. 1).



*Рис. 1*



*Рис. 2*

Использование контрастности при выборе сочетаний фактуры, веса, звуковых особенностей, формы наполнителей и ткани основ-наволочек для изготовления набора МАП, а также, дополнительно, использование съемных, сменных разнофактурных наволочек обеспечивают пациентам возможность и самостоятельно создавать новые элементы МАП, например, подбором такого сочетания характеристик наволочки и наполнителя по индивидуальным ощущениям различных органов восприятия, которое вызывает индивидуальное для данного пациента ресурсное состояние (рис. 2).

Само использование формы именно подушки для данного набора имеет метафорический смысл. Предъявляемый/ выбранный образ подушки вызывает ряд разнообразных ассоциаций – от воспоминаний об отдыхе, детстве, детских снах и играх (шуточный бой подушками), неге, лености, как приятных, ресурсных ассоциаций и проекций, до таких негативных образов, как болезнь и мокрая от пота подушка, подушка мокрая от слез и обиды, смерть через удушение подушкой, неудобная подушка, ночные кошмары на подушке, недоступность подушки (отдыха).

В трудах известных психоаналитиков имеются интересные размышления о метафорическом смысле подушки [10]. Так, они отмечают ее соотнесение с образом материнской груди, хотя та-

кой символический смысл, в свою очередь, для конкретных индивидов может быть как ресурсным («источник благодати, питания, жизни и любви»), так и негативным, травматическим, в случае, например, имевшего места в истории жизни пациента отказа матери от ребенка, эмоционально холодной матери.

Метафорический образ подушки представляется весьма универсальным для работы с различными пациентами, с различной жизненной историей и проблематикой в качестве объемной метафорической ассоциативной карты.

Учитывая контрастное восприятие, по сути, любого образа или формы, принцип контрастности был положен нами в основу всех выбранных характеристик МАП: геометрической формы (округлой и угловатой) [8], фактуры ткани, веса, звука наполнителей.

Соблюдение принципа контрастности в наборе МАП позволяет более широко воспринимать различные сочетания характеристик метафорических ассоциативных подушек, в том числе, пациентам с нарушениями функций различных органов чувств (зрения, слуха, осязания, разных видов чувствительности – восприятия формы, веса и т.д.). Такой подход обеспечивает возможность «расшатывания», «перезагрузки» стереотипных «негативных» установок пациента, расширяя возможности различного эмоционального отклика, осознания различных путей решения волнующей проблематики. Например, сочетание в одной подушке различных характеристик при совместной работе со специалистом (арт-терапевтом, психологом, психотерапевтом) позволяет пациенту прийти к мыслям о возможностях перехода одного состояния в другое – «черного» в «белое», или о том, что в любом обстоятельстве есть одновременно и плюсы, и минусы, о вариативности решений, последствий и т.п.

Возможность выбора вначале травматичной для пациента МАП позволяет ему на безопасной психологической дистанции говорить о своей психологической травме, иногда даже не называя саму травматическую ситуацию, а находясь в поле метафоры, если для него так более безопасно, но описывая свои реальные чувства относительно травматического события: боль, обиду, стыд. Пациент как бы предъявляет травматическое событие себе

и специалисту, но остается на безопасной дистанции, что позволяет оберегать пациента от ретравматизации.

Затем пациенту может быть предложено выбрать ресурсную подушку, которая может ассоциироваться со спокойствием, поддержкой и т.п. Так может быть выложен ряд последовательных МАП, которые можно соединять между собой подходящими креплениями, например, булавками или липучками. Тогда пациент способен создать для себя даже сценарий собственной истории, пути совладания и разрешения своих переживаний.

*Материалы и методы.* На групповых и индивидуальных арт-терапевтических занятиях в реабилитационном центре использовали наборы метафорических ассоциативных шитых подушек у пациентов обоого пола, разного возраста (средний возраст 52,6 лет), с последствиями перенесенных ОМНК и черепно-мозговых травм. Необходимо отметить, что зачастую пациенты пребывали в тревожно-депрессивном состоянии.

Экспериментальные занятия проводились на базе отделения медицинской реабилитации пациентов с нарушением функций ЦНС (реабилитационного центра) в течение 9 месяцев. Пациенты посещали арт-терапевтическую группу 2 раза в неделю длительностью по 1,5–2 часа, курсом (за период госпитализации) – от 6 до 8 занятий. Всего курс с использованием набора МАП прошло 88 человек. Курс проводился с пациентами на ранних и поздних этапах восстановления после перенесенного ОМНК на фоне стандартных реабилитационных программ, включающих медикаментозную терапию, физиотерапию и ЛФК. При групповой арт-терапевтической работе количество человек в группе составляло 8–10.

У пациентов наблюдались психоэмоциональные нарушения (тревожность, страхи, апатия, депрессивный фон), по данным диагностических шкал HADS и Спилберга-Ханина.

Более чем у 50% пациентов отмечались расстройства двигательных и кинестетических функций (диагностику проводили по шкалам NIHSS, Рэнкин, Ривермид, оценки мышечной силы).

У 12 человек констатированы нарушения зрения и слуха, у 8 пациентов – нарушения чувствительности по результатам диа-

гностики мышечно-суставного чувства, болевой, температурной чувствительности [7].

В групповой арт-терапевтической работе с использованием МАП проводили несколько авторских техник, например, «Мои сны», авторскую адаптацию (Ланберг О.А.) методик «Найденный предмет», «Работа с симптомом». Для групповой работы использовалось одновременно несколько наборов МАП (№1, №2, №3). Каждый набор состоит из 16 различных подушек, с разными фактурами, цветом, наполнителями и звучанием. Единовременное использование трех наборов с различными вариациями МАП, а также набора дополнительных наволочек позволяло достичь необходимой вариативности и широты стимульного материала для осуществления выбора каждым участником группового процесса.

Варианты предъявления стимульного материала в виде МАП могут быть различными в зависимости от целей и задач групповой арт-терапии, этапности группового арт-терапевтического процесса, а также индивидуальных целей и задач участника групповой работы.

Подушки из набора МАП можно выбирать «в открытую» с использованием зрения, ощупывания, исследования разных характеристик подушек, а можно «в закрытую» – доставая из мешка или коробки с закрытыми глазами, ориентируясь лишь на свои тактильные ощущения.

Приведем пример алгоритма одного из этапов занятия с пациентами с использованием МАП.

#### *Примеры упражнений на ранней стадии групповой работы* *Дискуссия*

На ранних этапах групповой работы участникам/пациентам предлагалось пофантазировать и обсудить тему – для чего может быть полезна подушка? Только ли для сна? Можно ли ее использовать иным способом? Как еще можно использовать подушки? (Например, снять стресс, кидаясь подушками, кричать в подушку, взять с собой в путешествие в машину или самолет, украсить интерьер, создать эмоциональный фон, садясь на подушки на пол с детьми или друзьями). Для чего полезно менять наволочки на подушках (с целью гигиены, смена цвета-смена настроения, экспозиция – демонстрация своих творческих способностей, напри-

мер, вышивки, дизайнерских решений и т.п.)? Каких эффектов можно достичь подобными действиями? Какие еще действия можно совершить с подушками и наволочками для решения определенных вопросов, достижения конкретных целей?

#### *«Выбор»*

Подушки со сменными или несъемными наволочками перед началом занятия раскладывали в случайном порядке на столе (рис.3). Для выбора пациентам предлагали наборы с числом различных подушек от 16 до 48.

Каждого участника группы просили познакомиться со стимульным материалом, рассказать, какие подушки нравятся ему и почему, какие ассоциации вызывают. Что он чувствует при взаимодействии со своей домашней или больничной подушкой, с чем она у него ассоциируется? Помогает ли сон на подушке забыть или справиться со своим негативным опытом в реальной жизни, в том числе – своей болезнью?

Целью работы в этом случае являлось углубление знакомства участников группы и арт-терапевта с личными историями, индивидуальностью, а также раскрепощение участников.

#### *«СОН»*

Подушки со сменными или несъемными наволочками перед началом занятия раскладывали в случайном порядке на столе (рис.3). Для выбора пациентам предлагали наборы с числом различных подушек от 16 до 48.



*Рис. 3*

Пациентам предлагали познакомиться с предметами, лежащими на столе.

«Перед вами на столах разложены различные предметы, пожалуйста, посмотрите на них и скажите, что они вам напоминают?»

Пациенты, как правило, сразу отвечали, что это подушки, иногда – игрушки.

«Вы можете теперь потрогать их, исследовать разные характеристики этих предметов».

Далее арт-терапевт отмечал:

«Все знают, что от подушки во многом зависит качество сна. Есть любимые и нелюбимые подушки. Есть подушки, на которых нам снятся хорошие, добрые сны, а есть – на которых снятся неприятные, тревожащие или даже пугающие. Иногда во сне к нам приходят решения долго мучивших вопросов, во сне приходят «помощники», которые могут дать нам важный совет. Некоторые утверждают, что у них бывают даже вещие сны. В психологии широко используют метод свободных ассоциаций, с помощью которого сам человек расшифровывает свой сон, как послание своего бессознательного. Зачастую это позволяет находить ответы на важные вопросы, понять себя, осознать, что беспокоит, найти доступ к внутреннему ресурсу».

Инструкция. Участнику арт-терапевтического занятия предлагалось выбрать наиболее привлекательную подушку по цвету, тактильным характеристикам, звуку и поделиться своей фантазией на тему: «Какой сон я мог бы увидеть, заснув на выбранной подушке?» (Дается время, чтобы подумать, пофантазировать 5-7 минут). После этого каждому участнику предлагается рассказать свой сон.

Арт-терапевт совместно с группой внимательно слушает, по окончании рассказа участника задает дополнительные, уточняющие, проясняющие вопросы.

Примеры вопросов:

Почему Вы выбрали именно эту подушку для своего метафорического сна?

Какая ее деталь/характеристика привлекла Ваше внимание?

Где Вы могли уснуть на ней, чтобы увидеть Ваш сон?

Какие эмоции/чувства вызвал у Вас Ваш сон?

Какие ощущения в теле у Вас возникли или могли бы возникнуть во время сна?

Какое послание для Вас несет эта подушка/сон?

В зависимости от того, что именно являлось темой сессии – сон, событие, или конкретный запрос/проблема пациента, дальнейший ход сессии был вариативен.

*«Сто к одному»* (Подушка одна – ассоциаций много).

Инструкция. «Участникам предлагается сделать групповой выбор. Выбрать из представленных здесь одну подушку (МАП), привлекательную для всей группы. Подушки можно всячески ощупывать, трясти, подкидывать, пробовать на вес и тому подобное».

Участники осуществляют различные манипуляции с МАП – передают друг другу по кругу подушки, разглядывают их, ощупывают, слушают, подкладывают под щеку и т.п.

Так, все участники могли по очереди исследовать одну и ту же подушку, выбранную большинством группы (или предложенную арт-терапевтом). Затем каждому участнику передавали подушку и предлагали поделиться своими ощущениями, ассоциациями, рассказать о своей роли в групповом выборе, чувствах, которые сопровождали групповой выбор и т.д.

Это упражнение может быть проанализировано совместно с участниками в соответствии с целями и задачами его применения, расстановки акцентов. Данное упражнение дает возможность проанализировать групповую работу, активную/пассивную позицию в процессе, проанализировать аспекты межличностной коммуникации, групповой динамики. В то же время упражнение помогает увидеть одну и ту же вещь, явление – с разных сторон, что один и тот же стимул может вызывать различные реакции и ассоциации. Можно обратить внимание участников на то, что зачастую существует несколько аспектов и путей решения вопроса/проблемы, несколько путей совладания с ситуацией.

Примеры вопросов одной из выбранных стратегий:

– О чем именно Вам напомнила эта подушка?

– Какие у Вас возникают ассоциации в связи с ней?

– Как Вы думаете почему групповой выбор остановился именно на ней?



– Совпал ли выбор группы с Вашим выбором? Предприняли ли Вы какие-то действия для того, чтобы отстоять свою позицию?

– Какое участие Вы приняли в групповом решении?

– Какие чувства Вы испытывали в ходе данного упражнения?

– Испытывали ли Вы сложности на каком-то из этапов упражнения?

– Присутствовала ли трансформация Вашего отношения к подушке на разных этапах упражнения?

– Напоминает ли Ваша позиция в этом упражнении Вашу позицию в других жизненных ситуациях?

– Какой вывод Вы можете сделать для себя из этого упражнения?

– Если предположить, что выбор этой подушки группой был не случаен, то какое послание в ней зашифровано именно для Вас?

#### «Трансформация»

Инструкция. 1 часть. «Выбрать из представленных здесь одну подушку (МАП), символизирующую вашу проблему. Подушки можно всячески ощупывать, трясти, подкидывать, пробовать на вес и тому подобное».

Далее участнику занятия совместно с арт-терапевтом предлагалось исследовать выбранную подушку-метафору его проблематики.

Примеры возможных вопросов:

– Почему Вы выбрали именно эту подушку?

– Какая ее деталь/характеристика привлекла Ваше внимание?

– Что общего у нее с Вашей проблематикой?

– Какие ее элементы и о чем Вам говорят? Какие у Вас ассоциации?

– Какие ощущения Вы испытываете, держа эту подушку в руках, смотря на нее?

– Что Вы чувствуете?

И т.д.

2 часть.

После того как все, кто хотел, высказались, участникам предлагается вторая часть инструкции: «Сейчас у Вас есть возмож-

ность сделать выбранную подушку более приятной для Вас, возможно, более функциональной или безопасной... Для этого Вам предлагается ее творчески трансформировать. Вы можете убрать, открепить, заменить, добавить, изменить, прикрепить иную деталь (на столе предложены разные прикрепляющиеся детали, наборы наволочек к подушкам различных цветов и форм, различные наполнители), поменять наволочку или наполнитель выбранной подушки».

После того, как вторая часть инструкции выполнена, предлагается обсуждение нового объекта – трансформированной подушки (МАП). При этом осуществляли повтор представленных выше вопросов/обсуждений, но уже с акцентом на внесенных изменениях в конкретной подушке и трансформации отношения к ней. Примеры возможных вопросов:

– Расскажите, пожалуйста, о тех изменениях, которые Вы произвели с подушкой, символизирующей Вашу проблематику?

– Что Вы теперь ощущаете, когда она находится у Вас в руках?

– Какие задачи Вам удалось решить с внесением изменений? Изменился ли ее функционал? Если да, то как?

– Какое послание Вам несет получившаяся подушка? Чем помогает прямо сейчас? Если бы Вы попросили у нее совет, то что бы она могла Вам посоветовать?

– Как Ваш опыт, полученный при трансформации подушки, может Вам помочь в реальной жизни для трансформации той проблематики, которую символизировала подушка?

– Какие первые три шага Вы могли бы сделать, чтобы трансформировать свою ситуацию/ проблему?

В контексте арт-терапевтической групповой работы с пациентами с нарушениями чувствительности, когнитивными нарушениями акцент делается на исследовании и подробном описании телесных ощущений, задействование разных каналов восприятия – слышу, вижу, осязаю и вербализую свои ощущения.

В конце курса при оценке эффективности проведенной терапии с использованием упомянутых выше диагностических тестов и шкал были установлены улучшения мелкой моторики, снижение выраженности болевых синдромов (по ВАШ), улучшение

порогов ощущения и различения тактильной, температурной и глубокой чувствительности (мышечно-суставного чувства, кинестетической, слуховой), по результатам эстеziометрии, примерно у 57% пациентов (51 человек по отдельным нарушениям чувствительности).

Клинический пример индивидуальной работы с МАП (фрагмент).

Пациентка, 49 лет. Диагноз – последствия острого ишемического инсульта, ранний восстановительный период (2 мес), правосторонний спастический гемипарез, нарушения речи (дизартрия), чувствительности (температурной и кинестетической чувствительности в области правых предплечья и кисти), тревожно-депрессивный синдром субклинической выраженности (9 баллов по HADS), болевой синдром (правосторонняя гемигиперестезия).

В качестве базового курса реабилитации получала магнитолазерную терапию, ЛФК, массаж, роботизированную механотерапию, соответствующее медикаментозное сопровождение. В качестве психотерапии – групповые и индивидуальные арт-терапевтические сеансы с использованием МАП.

На занятиях использовали как подушки из набора со сменными, так и с несъемными наволочками. Использовался набор №1 и №2 (каждый состоял из 16 МАП, итого – 32 метафорические ассоциативные подушки).

В ходе арт-терапевтических занятий с МАП пациентка долго перебирала предлагаемые ей подушки, тактильно исследовала их, сначала ощупывала их пострадавшей рукой, затем ощупывала их здоровой рукой.

На вопрос, для чего она действует в такой последовательности, пациентка ответила, что проверяет свои ощущения в пострадавшей руке. Пациентке нравился процесс смены тактильных ощущений от тканей наволочек и материала наполнителей, иногда на ее лице появлялась эмоция удивления от сочетания фактуры, наполнителя, веса и звука той или иной подушки. И тогда она комментировала: «Как неожиданно...». Постепенно от тактильных исследований стимульного материала в ходе встреч мы продвигались к исследованию ассоциаций, которые возникали у пациентки при взаимодействии с МАП.

В общей структуре арт-терапевтического реабилитационного курса с МАП проведено три занятия (остальные занятия проводились с помощью других арт-терапевтических методик). На одном таком занятии пациентка выбрала «травматичную» подушку со съёмной наволочкой в форме креста с повреждениями в виде дыр на наволочке (рис. 4), с твердым громким звенящим наполнителем («пустота», «оглушение, как после взрыва», «жизнь разделилась на до и после»), ассоциирующуюся у нее с моментом ее инсульта.



*Рис. 4*

В процессе индивидуального занятия пациентка была очень эмоциональна, плаксива («выплакивала в эту подушку свою боль»), проколола ее булавкой, закрепив ее на подушке. Пришло осознание, что ее боль слезами может просочиться сквозь дыры в наволочке и рану от булавки. Пациентка переживала, что стала обузой своим повзрослевшим детям, которым приходится брать по очереди отпуск на работе за свой счет, тратиться на ее восстановление... Пациентке захотелось сменить наволочку на подушке, но в процессе выбора из предложенных МАП она выбрала подушку с несъемной наволочкой из мягкой и теплой детской фланели с преобладанием розового цвета в форме круга («замыкаю круг своей болезнью») с мягким тихим наполнителем из синтепуха.

Пациентка осматривала подушку, мяла ее, поглаживала, вспомнила свое детство, заботу о ней ее родителей, когда она была маленькой, болела ангиной, у нее была ночная сорочка из похожего материала-фланели. Потом вспомнила себя в молодости, как она не спала ночами, когда болели ее дети, брала больничные, уволилась с любимой работы, когда это стало необходимо для воспитания детей.

Вспоминая и беседуя с арт-терапевтом, пациентка пришла к мысли, что сейчас, как бы сложно ни было ее повзрослевшим детям, они рады, что мама жива, для них важно также подарить свою любовь и заботу маме, как она в свое время дарила это им. Высказала им благодарность и стала по-другому принимать их заботу – с благодарностью, но без поглощающего чувства вины. Стала больше улыбаться, сказала, что ей удалось воспитать очень хороших, любящих и благодарных детей («Мы все из детства, там была забота о нас родителей, потом – родители стареют, и взрослые дети заботятся о них. Так тепло и хорошо») (одна из съемных наволочек на рис. 5).



*Рис. 5*

Ей захотелось прикрепить к данной подушке пушистый помпон – она подвязала его непосредственно вокруг подушки на нити пряжи. По ее словам – получилось похоже на лицо человека с

чубом надо лбом («он смелый и веселый, может многого добиться в жизни»).

По данным диагностических тестов, проведенных до и после курса арт-терапевтических занятий, у пациентки улучшились мелкая моторика правой кисти, пороги ощущения и различения для тактильной, кинестетической, слуховой чувствительности. По данным HADS снизились уровни тревожности и депрессии до 7 и 6 баллов соответственно, что соответствует нормативному диапазону значений. По данным ВАШ выраженность болевого синдрома снизилась с 5 баллов (умеренно сильная боль, постоянно присутствующая) до 3 баллов (слабая боль, периодически возникающая).

*Клинический пример групповой работы с МАП. («Работа с найденным предметом», адаптация методики О.А. Ланберг)*

У участников имелись нарушения двигательных, речевых функций, чувствительности руки, цветовосприятия, в психоэмоциональном плане – тревожно-депрессивные расстройства.

Цель занятия: способствовать улучшению нарушенных физиологических и коммуникативных функций, стабилизации психоэмоционального состояния, исследованию «Я-концепции», повышению самооценки, веры в собственные силы. В ходе занятия, после знакомства, сообщения арт-терапевтом целей и задач занятия, прояснений ожиданий участников от занятия, проговаривали правила работы в группе. Участникам давали инструкции последовательно к каждому этапу занятия.

– Сейчас вам предоставят 2 больших мешка, наполненных разными интересными предметами. Задача каждого участника с закрытыми глазами поместить руку в любой мешок, ощупать находящиеся в нём предметы и вытащить тот, который «на ощупь» покажется более интересным или приятным.

Каждому участнику подносили мешок с МАП и предлагали выполнить инструкцию. Участник доставал МАП, открывал глаза.

Когда все участники оказывались с выбранной ими МАП, им предлагалось в течение 3–5 минут исследовать свой выбор, задействовав практически все сенсорные системы: помять в руках, ощупать, осмотреть, проверить – издает ли МАП какие-либо звуки, понюхать – есть ли у нее запах, и т.д.

После исследования выбранной МАП каждому участнику предлагалось взять лист бумаги и в центре листа в столбик написать 10 прилагательных, характеризующих выбранную им МАП (в случае имеющихся у пациента двигательных нарушений это делал помощник психолога). На выполнение отводили 7-10 минут.

После завершения этапа всеми участниками им давали инструкцию:

– Теперь перед каждым прилагательным поставьте местоимение «Я».

На этом этапе, как правило, все участники группы, выражали удивление, смеялись, у некоторых сразу происходили «инсайты» по поводу себя, своей личности.

Далее арт-терапевт организовывал структурированный диалог с каждым участником группы, остальные слушали, могли давать комментарии.

Перед тем, как начать диалоги, арт-терапевт напоминал правила взаимодействия: участники группы внимательно слушают говорящего, не перебивают, уважают его мнение, не подсказывают в момент активного говорения, свои предположения и мнения не навязывают, а озвучивают лишь как свое предположение.

Каждого участника арт-терапевт просил зачитать те прилагательные с местоимением «Я», которые у него получились (если что-то из них озвучивать участник не хотел, арт-терапевт не настаивал).

Участник зачитывал, например: «Я мягкая», «Я темный», «Я тяжелая», «Я светлая», «Я круглый», «Я с содержанием» и т.д.

Психолог задавал уточняющие вопросы для внутренней интроспекции. «Что из прочитанных характеристик Вам подходит, что – точно про Вас?», «В каких жизненных ситуациях Вы так себя проявляете?», «С какими людьми Вы можете позволить себе быть такой/таким?»

«Что из характеристик Вам не подходит, точно не про Вас?»  
Пример: «клетчатая», ну – точно не про меня, какая же я клетчатая?» Участница смеется.

Арт-терапевт: «Давайте подумаем, метафорой какой черты характера или поведения может быть понятие «клетчатая»?

Участница думает, потом говорит: «Систематизированная, четкая, люблю, когда все на своей «полочке» ... (думает)..., а еще прямолинейная, у меня либо правильно, либо неправильно, либо хорошо, либо плохо, перпендикулярно, так сказать (смеется) ...».

Арт-терапевт: «Так значит, и клетчатая – это про Вас?»

Участница (смеется): «...Да, выходит, так...».

Данная часть упражнения построена на одном из основных механизмов психологических защит проекции, который подразумевает, что человек во внешнем видит проекцию своего внутреннего.

Данное упражнение решало одновременно большое число задач, стоявших перед арт-терапевтом и участниками:

- мультисенсорная стимуляция различных органов чувств и видов чувствительности,

- атмосфера группового взаимодействия арт-терапевтом выстраивалась так, что каждый участник ощущал поддержку и принятие как от специалиста, так и от группы,

- каждому участнику предоставлялась возможность высказаться, насколько он того хочет, быть услышанным, что важно каждому человеку, особенно – людям с нарушениями речи после инсульта,

- укрепление позитивной самооценки, улучшение психоэмоционального состояния, осознания себя креативной, многогранной личностью.

По данным тестов оценки порогов слуховой и различных видов глубокой чувствительности у пациентов улучшались уровни порогов восприятия и различения. У лиц с первоначально сниженным цветовосприятием результаты также показывали тенденцию к улучшению (таблицы Рабкина). Также по данным диагностических шкал у пациентов уменьшается выраженность тревожно-депрессивных проявлений. Мы предполагаем, что в данном случае улучшение различных видов восприятия происходит за счет периферической стимуляции соответствующих анализаторов при использовании МАП, а также за счет улучшения психоэмоционального фона, процесса демаргинализации и чувства общности, что пациент не в одиночку столкнулся с заболеванием, что его окружают люди, которые так же, как и сам пациент, проходят



сложный путь восстановления. Работая в арт-терапевтической группе, пациент общается с другими людьми, находящимися зачастую на различных этапах реабилитации. Пациенты поддерживают друг друга, делятся своим опытом, подбадривают. Совместно с арт-терапевтом на занятиях создается атмосфера принятия, доброжелательности и права на ошибку.

*Заключение.* Таким образом, использование в арт-терапевтической работе наборов МАП со съёмными и несъёмными разнофактурными наволочками и различными наполнителями, подбираемыми в набор по принципу контрастности, способствует расширению сферы применения по сравнению с классическими МАК. В том числе, наборы МАП эффективно могут быть использованы для пациентов с нарушениями цветовосприятия, различных видов чувствительности, как в индивидуальной, так и групповой работе, а также с людьми различных возрастных групп, детьми.

В дальнейшем планируется проведение более углубленной работы со сбором и анализом статистических данных.

*Практическая значимость.* Наборы МАП могут быть использованы в практической работе с различными группами клиентов/пациентов, включая здоровых людей, пациентов с психоэмоциональными нарушениями, посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), кардиологического, неврологического, ортопедического и других соматических профилей, в том числе – с нарушениями функций различных органов чувств, в частности зрения, осязания, слуха, причем как в индивидуальном формате, так и в группах. Наборы МАП могут быть реализованы и для самостоятельной работы с клиентами, в том числе онлайн, когда пациент, имея набор в личном пользовании, имеет возможность вести непосредственную работу со своим психотерапевтом онлайн.

Также наборы МАП могут быть использованы педагогами, психологами, эрготерапевтами.

### Список литературы

1. Барашков Г.Н., Котенко Н.В., Гигинейшвили Г.Р., Ланберг О.А. Применение гидродинамических фитоароматических ванн в сочетании с

пелоидотерапией у женщин в период менопаузального перехода // Вестник восстановительной медицины. – 2019. – № 6 (94). – С. 17–21.

2. Гигинейшвили Г.Р., Котенко Н.В., Ланберг О.А. Применение арт-психотерапии у женщин после мастэктомии по поводу рака молочной железы // Вестник восстановительной медицины. – 2019. – № 6 (94). – С. 22–26.

3. Ингерлейб М. Метафорические ассоциативные карты. Полный курс для практики. – СПб. – Питер. – 2022. – 192 с.

4. Копытин, А. И. Нормативный документ по регулированию профессиональной и психологической деятельности в сфере арт-терапии (арт-психотерапии). Стандарт профессиональной психотерапевтической помощи в сфере арт-терапии (арт-психотерапии). Под общ. ред. Копытина А.И. – СПб.–М., – 2018. – с. 6.

5. Ланберг, О.А. Фелт-терапия в работе с эмоциональным выгоранием. Коллаж «Обитель моих ресурсов» в технике «живопись шерстью». // Арт & Терапия. – 2017. – №1 (9). – стр. 62–69.

6. Ланберг, О.А. Шерсть как арт-терапевтический материал, или Фелт-терапия. Методика «Ковер ресурсов». // Арт & Терапия. – 2016. – №1 (7). – стр. 32–45.

7. Odarushchenko O.I., Kuzyukova A.A., Nuvakhova M.B., Yurova O.V., Yakovlev M.Y. Results of Audiovisual Stimulation and Psychotherapy in Psychological Correction of Emotional Disorders in Patients in the Late Recovery Period after an Ischaemic Stroke: a Prospective Randomized Study. Bulletin of Rehabilitation Medicine. 2023; 22(5):15-21. [Электронный ресурс]: <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2023-22-5-15-21>.

8. Пашкова И.В. Символ vs. метафора как способы интерпретации геометрического пространства в современном английском языке. // Вестник Иркутского государственного лингвистического университета. – 2012. – 1(17). – с. 45–52.

9. Патент на изобретение RU 2809319 (дата регистрации 11.12.2023) «Набор психологических объемных метафорических ассоциативных карт в виде подушек», Ланберг О.А., Катыхова И.М.

10. Уоррен Колман. Сексуальная метафора и язык бессознательной фантазии. // Юнгианский анализ. – 2010. – № 2. Перевод Дм. Залесского, Анны Коваленко. [Электронный ресурс]: <https://dzen.ru/media/id/5b4386158c715200a8ac5889/seksualnaia-metafora-i-iazuk-bessoznatelnoi-fantazii-5fe45e8ffc74c84dedb0bc0>.

**ЛЮБИМОВА ЛАРИСА НИКОЛАЕВНА**

педагог-психолог, МБДОУ «Детский сад № 114»,  
г. Чебоксары, РФ  
la.nice@yandex.ru

**ОРЛОВА ОЛЬГА ВЛАДИСЛАВОВНА**

педагог-психолог МБДОУ «Детский сад № 188»  
г. Чебоксары, РФ  
oov0309@mail.ru

**ОТ "КРУПО-" ДО "ГЛИНОТЕРАПИИ":  
ПРИМЕНЕНИЕ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ  
ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ  
ПОМОЩИ ДОШКОЛЬНИКАМ**

**Аннотация.** В статье описываются арт-терапевтические игровые методы крупяная терапия, песочная терапия, пластилинография, глинолечение. Уделено внимание показаниям к применению для оказания психологической помощи дошкольникам, методы проведения занятий с использованием данных методов.

**Ключевые слова:** арт-терапия, крупяная терапия, пластилинография, глиняная и песочная терапия.

Часто руки знают, как распутать то,  
над чем тщетно бьется наш разум.

*К.Г. Юнг*

Детство – это период, в котором окружающий мир ребенка познается через игру. Использование инновационных технологий в работе с дошкольниками способствуют повышению качества образования и направлены на создание каждому дошкольнику условий для наиболее полного раскрытия его возрастных возможностей и способностей.

К инновационным методам можно отнести следующие арт-терапевтические игровые методы, такие как крупяная терапия, песочная терапия, пластилинография, глинолечение. Это уникальные методы психологической коррекции, а также средства

невербального выражения мыслей и чувств, методы развития творческого потенциала, переработки негативного психологического опыта и пережитых травм и, конечно, методы релаксации.

У детей еще неразвиты вербальные функции, поэтому применение игровых арт-терапевтических методов в коррекционной работе в детском саду помогает детям отвлечься от своих переживаний и избавиться от негативного напряжения. У малышей развивается мелкая моторика и тактильная чувствительность помогает развивать творческий потенциал, неосознанно изменяется их поведение, положительно влияет на развитие центра речи в головном мозге, формирование произвольного внимания и памяти. Постепенно дети учатся прислушиваться к своим ощущениям и проговаривать их. Подобные игры имеют положительное значение для развития психики, установления психологического комфорта. При взаимодействии с данными стабилизируется эмоциональное состояние. Воздействие творчества на личность посредством психотерапии рассматривали А.И. Копытин, Л.Д. Лебедев, Е.Г. Макаров. Они доказали, что арт-терапия относится к гуманным способам поддержки личности и помогает развивать самопознание и способности.

Наблюдая за детьми, в процессе их деятельности, психологи обнаруживают, что именно взаимодействие с крупной, пластилином, тестом или глиной могут наглядно показать родителям особенности поведения и развития их детей.

Данные методы можно разделить на 2 группы: сыпучесть, пластичность. К первой группе можно отнести крупяную и песочную терапию. Ко второй - пластилинографию, глиняную терапию. Являясь частью арт-терапии, терапия с использованием данных материалов, может применяться как отдельная (несвязанные между собой методы), так и интегрированная терапия с использованием других методов психотерапии, чаще, в дошкольном возрасте мы применяем музыкальную и сказкотерапию.

Данные методы применяются с целью нормализации психического здоровья, социализация, развитие мелкой моторики, координации движений.

Коррекционно-развивающие задачи:

- ✓ развитие тактильно-кинестетической чувствительности;

- ✓ снятие мышечной напряженности;
- ✓ стабилизация эмоционального состояния;
- ✓ развитие творческих действий;
- ✓ совершенствование зрительно-пространственной ориентировки и речевых возможностей;
- ✓ расширение словарного запаса.

Психотерапевтический сеанс, с использованием данных методов, состоит из нескольких этапов: организационный, когда участники настраиваются на определенную деятельность. В это время проводятся упражнения – приветствия и простые упражнения с материалами. Переходом от организационного к непосредственной деятельности с материалами служит включение мотивационного компонента. На этапе непосредственной деятельности выполняются цели и задачи, поставленные для данного сеанса. На заключительном этапе, где проводятся релаксационные упражнения, подводятся итоги. По ходу сеанса необходимо вставлять 1-2 динамических паузы – это может быть пальчиковая гимнастика, чтобы расслабить напряженную мускулатуру рук. На детских психотерапевтических сеансах рефлексия не так необходима, так как целительные изменения продолжают и после завершения сеанса, по мере осознания образа ребенком, возникшего в пространстве, и связывание его с проблемой в реальной жизни. Длительность сессий соответствует ФОП: 15 минут – дети 3–4 лет; 20 минут – дети 4–5 лет; 25 минут – дети 5–6 лет; 30 минут – дети 6–7 лет.

Каждый психотерапевтический сеанс состоит из диагностики с отслеживанием результатов и практических навыков, игр и занятий, индивидуальной работы с отработкой навыков. Подведение итогов сессий состоит из наблюдений за ребенком на сессии, свободного общения с ребенком, диагностических бесед с участниками образовательного процесса, которые проводятся не только перед началом сессий и в их заключении, но и по необходимости.

Методическое сопровождение:

- ✓ организовать предметно-пространственную среду;
- ✓ подобрать библиотеки художественной литературы, музыкальных произведений, сопровождающих сессии;

- ✓ разработать перспективно-календарный план и конспекты занятий;
- ✓ оформлять фотоальбомы с работами детей.

*Крупяная терапия* (рис. 1, рис. 2). Использование метода в работе дает ребенку возможность взаимодействовать с окружающим миром, способствует формированию речевых навыков, творческой активности, а также развитию тонкой моторики рук и их чувствительности, релаксации организма в целом.



*Рис. 1*



*Рис. 2*

Крупы более экологичны, чем песок и подходят для использования с детьми с младшего дошкольного возраста. Для использования крупяной терапии можно использовать все виды круп. Это могут быть зернонобобовые (цветная и белая фасоль, горох), масляные (семечки подсолнечника), семена овощей и фруктов (тыквы, арбуз), крупы (манка, пшеничная крупа, рис, гречка). Крупы подходят для детей младшего возраста и скрывает в себе огромное количество возможностей по развитию мелкой моторики.

Применяя крупяную терапию, мы используем следующие приемы и упражнения:

Рисование – рисовать можно пальчиками или палочкой на подносе, с высокими стенками, используя мелкую крупу, смеси-

вая несколько разных по цвету круп, получая разные цвета, или делая акценты в различных местах поля для рисования.

«Сухой бассейн» – форму с высокими бортиками наполняют до половины, погружая в бассейн ручки, ребенок может «найти клад», крупа обладает массажными эффектом, который воздействует на весь организм в целом, снимает судороги, оказывает тормозящее влияние на своей речи.

Наполнение, пересыпание круп в пластиковые емкости, целофановые пакеты разнообразных формы или коробочки, действуя пальцами, щепотью, а также подручными свойствами: ложками, щипчиками.

Сортирование круп по различным емкостям или тарелочкам.

Создание картин из круп, приклеивая крупинку к крупинке, используя опору на картинки или в старшем дошкольном возрасте по образцу или памяти. Для приклеивания можно взять пластилиновую основу.

«Принцесса на горошине» – катать горошинки между ладонями, массируя внутренние и внешние стороны, придавливая вращать горошинку между пальчиками одной руки, обеих рук одновременно.

Выкладывание геометрических фигур, различных орнаментов по опорным точкам, буквы и цифры.

Крупяные мешочки – заполненные наполовину мешочки, сшитые с обоих концов крупой средних размеров, могут заменить игрушки-антистресс, играя с ними можно перебирать зернышки пальчиками, подбрасывать, можно ходить по ним, массируя стопы ног.

Крупяная коллекция – заполнить одним видом крупы заполнить 2 баночки, чуть больше половины. Лучше брать непрозрачные баночки с хорошо закручивающейся крышкой. Потрясти одну баночку, далее необходимо внимательно послушать и подобрать в какой баночке такая же крупа. Или потрясти 2 баночки с одной крупой в определенном темпе. Упражнения с крупяными коллекциями помогают развивать слуховую память, восприятие, а также чувство ритма.

Во время игр с крупой, обучающий материал более доступен. Обобщение, классификация предметов дается легко, психологи-

ческие процессы протекают более спокойно, повышается уровень вербальной памяти, внимания, восприятия. Совместное выполнение заданий способствует развитию коммуникативной функции, воспитывает уважительное отношение друг к другу и умение работать сообща.

*Песочная терапия* (рис. 3, рис. 4). Принцип песочной терапии предложил основатель аналитической психотерапии К.Г. Юнг. Согласно его теории, предметы внешнего мира находят отклик в виде символа в бессознательного человека.



*Рис. 3*



*Рис. 4*



Песочная терапия показана детям с неуравновешенной нервной системой, повышенной тревожностью, детям, оказавшимся в острой стрессовой ситуации или испытывающих ПТСР, застенчивым и замкнутым детям, испытывающим страх перед поставленной задачей – им песочная терапия помогает повысить уверенность в себе. Агрессивным детям и детям, склонным к агрессии и аутоагрессии применение данного метода способствует снятию агрессивных симптомов.

Классическая песочница для занятий (по теории Юнга) должна быть голубого цвета – цвет ясного неба, позитивного и настраивающего на созерцание и творчество. Форма у классической песочницы прямоугольная. Применяются и интерактивные песочницы с дополнительными аудио и видео стимуляторами. Песочница может наполняться мелким, белым (кварцевым) песком или светло-желтым (речным). Практикуется применение двух песочниц с сухим и сырым песком. В песочной терапии нашел свою нишу и кинетический песок, он хорошо держит форму, не рассыпается, мы используем его там, где пространство ограничено. Но, пожалуй, главное в песочной терапии, какой бы песок и песочницу мы не выбрали, это разнообразные фигурок. Необходимы следующие коллекции: люди, всех возрастов, профессий, рас и национальностей и обязательно обоих полов; животные – дикие, домашние, разных размеров, привычные малышу и не знакомые, симпатичные и страшные; персонажи мультфильмов – также, от уродливых и неприятных, до смешных и хорошо знакомых малышу; “страшилки” из сказок – ведьмы, чертики, колдуны и прочая “нечисть”; всевозможные строения – от простых домиков до замков; мебель; транспорт; растения; “драгоценности” – блестящие предметы или разноцветные стеклышки, сделанные в форме и огранке драгоценных камней, зеркала и просто мелкие предметы – бусины, пуговицы, камушки, пуговицы, перышки. Различные по цветам, размерам и форме они позволяют ребенку развивать фантазию, создавая ту вселенную, какую он только пожелает. Однако в разное время выбор игрушек и создание своего мира может различаться. На это влияют несколько

факторов: самочувствие, настроение, отношения с окружающими сверстниками, взрослыми или его домашним социальным окружением.

В зависимости от поставленной задачи изменяется и характер терапии, она может быть как индивидуальной, так и парной, семейной, групповой, если необходимо обучить группу сотрудничеству.

Песочная терапия переводит восприятие человека на более глубокий уровень. “Проживание” воздействия становится целостным и осмысленным, эффект – устойчивым. И, что самое главное, в нашем клиенте активизируется мощная созидательная сила.

*Пластилинография* (рис. 5, рис. 6). Обращаясь к литературным источникам Е.А. Малаховской, мы видим напоминание о том, что «каждый человек в детстве лепил, из пластилина. Лепка с раннего возраста развивает мелкую моторику, развивает воображение детей и может быть «антистрессом».

Для занятия пластилинографией необходимые следующие материалы: пластилин чистых цветов, мягкий, не липнущий к рукам и не токсичный, в качестве основы – плотный картон, к которому хорошо прилипает пластилин, дощечки/клеенки для лепки, наборы стеков, ножницы, скалочки для раскатки пластилина, шприцы с кондитерскими насадками разной формы, чтобы выдавливать пластилин, средства для рисования, салфетки.

Принцип пластилинографии заключается в создании на горизонтальной поверхности по замыслу лепная картина. Данный метод привлекает детей тем, что помогает быстро достичь результата. Создавать целые картины, пусть даже из пластилина – это новое и интересное занятие для детей. Воздействуя на развитие ребенка в целом, с помощью пластилинографии развивается речь, психические процессы, пространственное мышление, в связи с координацией обеих рук, а также служит развитию физического и психического здоровья.



*Рис. 5*



*Рис. 6*

Начинаем обучение с закрепления у детей знания приемов, создающих основу пластилинографии: скатывание, раскатывание, сплющивание, прищипывание, отщипывание, оттягивание, заглаживание, разрезание, соединение, а также знакомим с видами пластилинографии, а они бывают контурными, мозаичными, прямыми, обратными (винтажными), модульными, многослойными). Также дети знакомятся с конкретным образом, который предстоит вылепить, и какие техники для создания этого образа необходимы. Постепенно ребенок сможет сам выполнять поделки без опоры на образы и привносить новые детали, учиться моделировать и развивать воображение. Побуждая рассказывать о своих

героях, тем самым развивая речь, фиксируя результат, можно отвести на развитие сюжета несколько занятий.

Пусть пластилин станет любимым совместным занятием для ребёнка и его наставника. Для детей необходимо потратить немного времени на то, чтобы увлечь его пластичным творчеством, а видя плоды своего творчества, ему захочется рассказать о своих творениях, так создается сказка, и вместе со сказкой, постепенно, дети продвигаются в волшебную страну пластилинографии

*Глинотерапия* (рис. 7, рис. 8). Терапевтический эффект использования глинотерапии в образовании был отмечен ученым и автором учебных пособий по арт-психологии А.И. Копытиным. Он отмечает, что глинотерапия – это психотерапия, которая дает форму и «голос» чувствам, которые трудно выразить словами.



*Рис. 7*



*Рис. 8*

Глиноterapia, как и применение глины в медицине и косметологии – одна из уникальных техник в арт-терапии, с помощью которой можно проработать и осознать актуальный вопрос или волнующую проблему человека.

О лечении разных болезней с применением глины писали: Аристотель, Плиний, Конфуций, Гален, Марко Поло. В методической разработке по глинотерапии Т.Н. Евтеева делится историей о том, как наши далекие предки относились к глине с большой ценностью. Они из глины делали обереги и талисманы. Также из нее создавали не только посуду, но и произведения искусства и применяли в строительстве. Учеными открыто до 40 видов различных глин, они разделяются по составу, строению, цвету и применению. По оттенкам можно судить о химическом составе глины. Г.С. Мещерякова как арт-терапевт подтверждает, что в арт-терапии глина ценится как натуральный, пластичный материал. Специалисты ценят глину за то, что вся работа с ней происходит именно руками, без подручных средств. Данный вид арт-терапии помогает раскрепоститься человеку, помогает развитию внимания, речи самопознанию, раскрытию чувств и эмоций. Глина очень хорошо помогает справиться клиенту с агрессией, тревогой, переживаниями и стрессами, позволяет человеку прийти к позитивной трансформации себя, облегчить свое состояние.

Психологи очень часто используют глину разных цветов. Цвет очень влияет на работу с глиной и на цветовосприятие. Глинотерапию можно использовать, начиная с 3-летнего возраста. На занятиях глинотерапии предлагают несколько упражнений, одни из них – это вылепить свой страх, или же «осознать себя».

Существуют следующие техники использования глинотерапии:

1. Знакомство с глиной (смешивание сухой глины и воды в разных пропорциях). Размачивание до жидкого состояния (шликера), погружение в нее рук, сжимание, растягивание, скручивание, разрывание, расплющивание ее. Можно в глиняном поле сделать дырки, протыкать глину стеками, придавать разные формы и не пытаться вначале слепить какой-то образ, ударять по глине и отслеживать изменение материала, бросать ее, наносить рукой узоры.

2. Создание образов и форм. Для непосредственного создания фигур необходимо вылепить шар, похожий на мяч. Это основа – окружающий мир, из которого можно вылепить все, что угодно. Именно с шара начинается лепка глиняных поделок. Это помогает ребенку сконцентрировать свою внутреннюю энергию, почувствовать свой ресурс. Данное задание включает творческое воображение детей и способствует получению позитивного жизненного опыта. Работы обжигаются в печи, раскрашиваются, и дети не раз еще обращаются к ним как очень значимым.

3. Работа с глиняным полем – трансформация форм и позиций, можно провести параллель с песочной терапией: работая над образами, от сессии к сессии, могут изменяться расстановки на поле, фигуры меняются местами, у них изменяется форма. Чаще это происходит с фигурами, вызывающими негатив.

4. Пауза пребывания внутри «слепого мира» это время окончательного принятия того образа, который был сформирован здесь и сейчас – дается время «пожить» с этим образом или фигурой.

Все вышеперечисленные этапы реализуются постепенно.

В зависимости от темпа деятельности, у кого-то имеется возможность объединить некоторые этапы работы в одно занятие, а кому то, наоборот, необходимо несколько встреч.

На этапах глинотерапии решаются задачи начальной психологической и физической стабилизации состояния, формирование чувства безопасности на основе релаксации и работы с помогающими образами, а также создания безопасной среды. Дети с пережитым травмирующим опытом работают с глиной очень осторожно. Глинотерапия восстанавливает способность чувствовать, осознавать и трансформировать свои переживания и может быть очень важным для поддержания оптимального эмоционального состояния ребенка.

Таким образом, мы рассмотрели арт-терапевтические игровые методы: крупяная терапия, песочная терапия, пластилинография, глинотерапия. И увидели важность и необходимость применения их в современном мире для оказания психологической поддержки дошкольникам.

## Список литературы

- 1 Зинкевич-Евстигнеева, Т.Д. Грабенко, Т.М. Практикум по креативной терапии // – СПб.: Речь; М.: Сфера, 2001. – 388 с.
- 2 Изард, К.Э. Эмоции человека / К.Э. Изард – М.: Изд-во МГУ, 1980. – 439 с.
- 3 Каменюкин, А.Г. Антистресс-тренинг / А.Г. Каменюкин, Д.В. Ковпак. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2008. – 224 с.
- 4 Китаев-Смык, Л.А. Приемы регулирования эмоциональной и социальной активности учащихся при длительном стрессе / Л.А. Китаев-Смык. – М., 1988. – 245 с.
- 5 Копытин, А.И. Теория и практика арт-терапии / А.И. Копытин. – СПб.: Лань, 2002. – 230 с.
- 6 Лазарус, Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс / под ред. Л. Леви. – Л.: Медицина, 1970. – С. 178–208.
- 7 Малаховская, Е.А. Глинотерапия // Государственное казенное учреждение Краснодарского края «Краевой методический центр»: [сайт]. – URL: [https://kmc23.ru/?page\\_id=260](https://kmc23.ru/?page_id=260) (дата обращения: 17.11.2022).
- 8 Полевая, М.А. Целебная глина. Лечебные грязи. Земные силы здоровья / М.А. Полевая. – СПб.: ИГ Весь, 2022. – 96 с.
- 9 Штейнхард Ленор // Юнгианская песочная терапия // СПб.: Питер, 2001. – 314 с. file:///F:/3%20нпк <http://www.chuvpsy.ru/index.php/psikhologam/metodicheskaya-kopilka/metodicheskie-materialy/dlya-raboty-s-doshkolnikami/1719-proekt-magiya-peska>

*Уважаемые коллеги!*

Приглашаем Вас принять участие в  
**IV Всероссийской межведомственной  
научно-практической конференции**

«КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ, ОБРАЗОВАНИИ  
И СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ:  
МЕТОДЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ  
И ВОССТАНОВЛЕНИИ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ»

Дата проведения:  
*20 февраля 2025 г.*

Планируется издание сборника научных трудов конференции и  
размещение в научной электронной библиотеке eLIBRARY.

Публикация материалов в сборнике бесплатная.

Ответственный организатор:  
**Акимова Анна Юрьевна,**  
заведующий учебно-научной лабораторией специальной  
психологической подготовки и экспертизы  
кафедры общей и социальной психологии  
ФСН ННГУ им. Н.И. Лобачевского  
(+79036577440); e-mail: kafedra\_osp@fsn.unn.ru.



**«КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ,  
ОБРАЗОВАНИИ И СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ:  
МЕТОДЫ АРТ-ТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ»**

Сборник научных трудов  
III Всероссийской межведомственной научно-практической конференции  
*15–16 февраля 2024 г.*

Том 1

*Печатается в авторской редакции*

Ответственность за аутентичность и точность цитат,  
имен, названий и иных сведений,  
а также за соблюдение законов об интеллектуальной собственности  
несут авторы публикуемых материалов

Электронная версия сборника подготовлена  
отделом дизайна Редакционно-издательского управления  
Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского

603000, г. Нижний Новгород, ул. Большая Покровская, 37  
Тел. (831) 433-83-25

Формат 60×84 1/16.

Бумага офсетная. Печать цифровая.  
Усл. печ. л. 13,1. Заказ № 651. Тираж 500 экз.

Отпечатано с готового оригинал-макета  
в типографии ННГУ им. Н.И. Лобачевского.  
603000, г. Нижний Новгород, ул. Б. Покровская, 37