

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ

Кафедра общей и клинической психологии

**СУБЪЕКТНЫЕ КАЧЕСТВА КАК ПРЕДПОСЫЛКА РАЗВИТИЯ
ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ
ХРОНИЧЕСКИМ СОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ**

Дипломная работа
студентки очной формы обучения
специальности 37.05.01 Клиническая психология
курса группы 02061302
Грищенко Алины Александровны

Научный руководитель:
Доцент кафедры общей и
клинической психологии,
канд. психол. наук
Ковтун Ю.Ю.

Рецензент:
Викторова Е.А.

БЕЛГОРОД 2019

Оглавление

Введение.....	3
ГЛАВА I. Теоретические основы изучения субъектных качеств как предпосылки развития приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием.....	7
1.1. Подходы к определению понятия приверженности лечению.....	7
1.2. Роль субъектных качеств личности в формировании приверженности лечению.....	11
1.3. Психологические особенности больных с хроническими соматическими заболеваниями.....	17
ГЛАВА II. Экспериментальное исследование субъектных качеств как предпосылки развития приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием.....	23
2.1. Организация и методы исследования.....	23
2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования.....	29
2.3. Разработка, реализация и оценка эффективности психокоррекционной работы, направленной на повышение приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием.....	42
Заключение.....	54
Список литературы.....	59
Приложения.....	68

ВВЕДЕНИЕ

Представления о болезни и здоровье рассматриваются как одни из центральных факторов, которые формируют особенности саморегуляции в ситуации соматического заболевания и лечения, и в целом – формируют поведение человека, связанное с его здоровьем.

Актуальность проблемы изучения психологических особенностей пациентов с хроническими соматическими заболеваниями определяется ростом их количества и распространенностью вне зависимости от возрастной категории. Поэтому современное состояние данной проблемы требует рассмотрения не только медицинских аспектов заболевания, а также психологических и социальных факторов, которые сопутствуют течению заболевания (Т.Д. Василенко, А.В. Гнездилов, В.В. Николаев, А.Ш. Тхостов).

В настоящее время принято считать, что процесс диагностики и лечения в полной мере должны обеспечиваться своевременным оказанием медицинской помощи, высокой квалификацией специалистов, доступностью медикаментов, т.е. взаимодействием всех элементов системы здравоохранения. Тем не менее, ни одно медикаментозное средство не может помочь пациенту, который его не принимает или принимает неправильно. Последние исследования подтверждают снижение эффективности фармакотерапии в тех случаях, когда подавляющая часть пациентов имеет невысокую приверженность лечению, т.е. несоблюдение рекомендаций врача (А.А. Койчуев, О.Г. Мельникова, Е.В. Суркова).

Несоблюдение пациентами режима лечения, т.е. низкая приверженность терапии – одна из серьезнейших проблем в осуществлении эффективного лечения. Сложными для курации являются пациенты, имеющие, низкую мотивацию к соблюдению рекомендаций врача. В некоторых случаях, даже имея желание, многие пациенты в силу неразрешенных социально-психологических проблем испытывают трудности при соблюдении режима

приема препаратов, что, в свою очередь, не позволяет завершить полный курс лечения (О.Н. Конончук, М.О. Майорова, Т.В. Пьянзова).

Стоит отметить, что, такие качества, как ответственность, самостоятельность, активность, автономность, саморегуляция, в ряде исследований определяются в качестве параметров субъектности (К.А. Абульханова, А.В. Брушлинский, В.И. Моросанова, С.Л. Рубинштейн др.). В связи с этим исходной предпосылкой нашего исследования явилось предположение о том, что субъектные качества могут обуславливать позицию человека по отношению к своему здоровью.

Основываясь на исследованиях данных авторов, под субъектными качествами мы понимаем способность к самоконтролю и самоуправлению в реализации значимых аспектов жизни человека, проявление гибкости и самостоятельности в изменяющихся условиях (например, собственное здоровье и болезнь). Исходя из этого, можно предположить, что в формировании приверженности лечению существенную роль играют субъектные качества личности.

Проблеме приверженности лечению у пациентов посвящено большое количество работ, как в отечественной, так и зарубежной психологии: Т.Д. Василенко, И.А. Викторова, А.В. Гнездилов, А.А. Койчуев, О.Н. Конончук, О.Г. Мельникова, М.О. Майорова, В.В. Николаев, Т.В. Пьянзова, Е.В. Суркова, А.Ш. Тхостов, D.L. Sackett, R.B. Haynes, J. Jin, G.E. Sklar, M.N. Oh, S.C. Li, A.M. Paschal, S.R. Hawley, T.S. Romain, R. Horne и др. Несмотря на большое количество исследований, теоретический анализ показывает недостаточную разработанность проблемы изучения предпосылки развития приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием.

Таким образом, **проблема** нашего исследования: какова роль субъектных качеств личности в развитии приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием?

Цель исследования: определить роль субъектных качеств в развитии приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием.

Объект исследования: приверженность лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием.

Предмет исследования: субъектные качества как предпосылка развития приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием.

Гипотеза исследования: пациенты, характеризующиеся недостаточной сформированностью субъектных качеств: саморегуляции, самостоятельности, ответственности за свою жизнь, проявляют низкую приверженность терапии. Использование психокоррекционной программы, направленной на повышение уровня субъектных качеств у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием, способствует повышению приверженности лечению.

Задачи исследования:

1. Определить психологические особенности больных, страдающих хроническим соматическим заболеванием, в отечественной и зарубежной психологии.
2. Рассмотреть подходы к определению понятия «приверженность лечению» в отечественной и зарубежной психологии.
3. Изучить субъектные качества как предпосылку развития приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием.
4. Разработать, внедрить и оценить эффективность психокоррекционной программы, направленной на повышение приверженности лечению у пациентов.

Теоретико-методологическую основу исследования составляют:

Теории изучения приверженности лечению: Э.В. Арсланбекова, С.М. Бабин, О.В. Кремлева, В.В. Николаева, А.В. Штрахова и др.

Теории изучения субъектности: К.А. Абульхановой, Б.Г. Ананьева, А.В. Брушлинского, О.А. Конопкина, А.Н. Леонтьева, А.К. Осницкого, В.А. Петровского, С.Л. Рубинштейна, В.И. Слободчикова, дифференциально-психологический подход к исследованию осознанной саморегуляции человека (В.И. Моросанова).

Выбор методов и конкретных методик исследования для получения необходимой информации осуществлялся в соответствии с целями и задачами работы. В исследовании использовались следующие методы:

- организационные методы (сравнительный),
- эмпирические методы (измерение, наблюдение, беседа, психодиагностические методы, эксперимент),
- методы обработки данных (количественный и качественный анализ, U-критерий Манна – Уитни (для проверки значимости различий между полученными средними показателями), T-критерий Вилкоксона, коэффициент корреляции Спирмена),
- методы интерпретации.

В исследовании были использованы следующие психодиагностические **методики:**

1. Опросник «Уровень комплаентности» (Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук).
2. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова).
3. Опросник «Уровень субъективного контроля» (Дж. Роттер, адаптирован Е.Ф. Бажиным, С.А. Голькиной, А.М. Эткингом).

База исследования: ОГБУЗ «Городская клиническая больница №1» г. Белгорода, нейрососудистое отделение. В нем принимали участие лица, страдающие хроническим соматическим заболеванием, в возрасте от 40 до 65 лет в количестве 50 человек.

Структура работы: дипломная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы (71 источник), приложений. Объем работы составляет 67 страниц машинописного текста.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ СУБЪЕКТНЫХ КАЧЕСТВ КАК ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ СОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

1.1. Подходы к определению понятия приверженности лечению

До середины XX в. преобладающим в медицине был принцип патернализма. Предполагалось, что при назначении лечения каждый пациент будет строго соблюдать рекомендации врача. Впоследствии большинство пациентов соблюдали рекомендации авторитетных врачей. Однако ситуация постепенно изменилась, а внимание медицинского сообщества стали все чаще привлекать случаи несоблюдения пациентами полученных рекомендаций. На основе этого в 1976–1979 гг. R. Haynes [67] и D. Sackett [68] дали определение понятию «комплаенс», которое стало неотъемлемой частью оценки эффективности лечебного процесса при проведении научных исследований, а также в повседневной клинической практике.

«Приверженность пациента терапии», по мнению В.Д. Вида и Н.Г. Незнанова, близко по своему содержанию к термину «комплаентность» или «комплаенс» и трактуется как соблюдение указаний врача (больничного режима и схемы лечения). Зачастую эти термины являются взаимозаменяемыми и характеризуют выполнение пациентами врачебных рекомендаций по коррекции образа жизни, приему лекарственных препаратов, соблюдению рекомендаций врача. Степень комплаентности может варьироваться от полного игнорирования пациентом всех рекомендаций врача до строгого соблюдения. В 1974 г. понятие комплаенса было включено в международный медицинский библиографический справочник Index Medicus в категорию patientdropout — пациентов, выбывших из испытания лекарственных препаратов. С этого времени отмечается подъем интереса к разным аспектам дан-

ной проблемы, результатом чего стало включение категории «несогласия с лечением» в DSM-IV [37].

Интерес к проблеме комплаенса в российской медицине возник несколько десятилетий назад и, по мнению Д.С. Данилова, был связан достижениями зарубежной науки, а также с общественно-правовыми изменениями. Ввиду отсутствия единого понимания терминологии значение термина «комплаенс», а также сходных с ним понятий нуждается в пояснении. Под термином «комплаенс» Д.С. Данилов рассматривает меру, характеризующую правильность выполнения больным рекомендаций врача: изменения образа жизни, нелекарственных процедур, лекарственного лечения и т. д. Также используется термин «приверженность лечению». Зарубежные авторы чаще применяют понятие «согласие с лечением». Тем не менее, по мнению Д.С. Данилова, термины «комплаенс», «приверженность лечению» и «согласие с лечением» неравнозначны. Понятие «комплаенс» детерминировано патернализмом, поскольку оценивает правильность соблюдения медицинских рекомендаций пациентом не учитывая его собственное отношение к лечению [18].

На основе принципа партнерства, по мнению В.С. Ястребова, взаимоотношения врача и пациента рекомендуется выстраивать в настоящее время, а также учитывать точку зрения пациента по отношению к проводимой терапии. Это определяет предпочтительность использования термина «согласие с лечением» (некоторые авторы используют понятия более широкой трактовкой: «терапевтическое сотрудничество» и «терапевтический альянс»). Так, подразумевается не только правильность соблюдения больными назначений врача, согласие придерживаться медицинских рекомендаций, но и качество взаимоотношения пациентов с системой медицинской помощи: степень доверия к врачу, желание посещать медицинское учреждение, и т.д. По мнению В.С. Ястребова, данные понятия в условиях повседневной клинической практики обычно являются взаимозаменяемыми, а также в основном используются для характеристики правильности соблюдения больным режима лекарственной терапии [66].

По мнению Д.С. Данилова, это может быть связано с тем, что современные реалии не всегда позволяют выстраивать взаимоотношения врача и пациента на основании партнерства ввиду особенностей клинической картины, опасности некоторых заболеваний, психологических особенностей определенных групп больных или низкого качества организации медицинской помощи [18].

В настоящее время принято считать, что процесс диагностики и лечения в полной мере должны обеспечиваться своевременным оказанием медицинской помощи, высокой квалификацией специалистов, доступностью медикаментов, т.е. взаимодействием всех элементов системы здравоохранения. Тем не менее, ни одно медикаментозное средство не может помочь пациенту, который его не принимает или принимает неправильно.

В медицине, по мнению Е.А. Вольской, существует тенденция ухода от патерналистской модели взаимодействия с больными, когда пациент выступает в качестве пассивного участника лечебно-диагностического процесса и полностью подчиняется авторитету врача, к партнерским взаимоотношениям, когда пациент выступает как субъект лечения, принимая в нем активную роль [14].

Для человека ситуация болезни, по мнению В.В. Николаевой [39], Е.Т. Соколовой [55], является сложной как в психологическом, так и в социальном плане, и включает в себя различные компоненты: прохождение медицинских процедур, приём лекарственных средств, общение с врачами, изменения в образе жизни, перестройка отношений с близкими людьми. Если заболевание тяжелое, то в эту ситуацию также входит ограничение работоспособности, возникающее вследствие болезни, а также, может быть, и приобретенная инвалидность. Все это накладывает отпечаток на оценку собственного состояния для каждого пациента, а также принимает участие в развитии и формировании внутренней картины болезни.

Последние исследования подтверждают снижение эффективности фармакотерапии в тех случаях, когда пациенты имеют невысокую привержен-

ность лечению и не соблюдают рекомендации врача (Е.В. Суркова и О.Г. Мельникова[57], А.А. Койчуев [28], И.А. Викторова и М.В. Лисняк [13]).

Несоблюдение пациентами режима лечения как результат низкой приверженности терапии – одна из серьезнейших проблем в осуществлении эффективного лечения. Сложными для курации являются пациенты, имеющие, низкую мотивацию к соблюдению рекомендаций врача, что обычно заканчивается нарушением больничного режима. В некоторых случаях, даже имея желание, пациенты в силу неразрешенных социально-психологических проблем испытывают трудности при соблюдении режима приема препаратов, что, в свою очередь, не позволяет завершить полный курс лечения.

Исходный уровень комплаентности амбулаторных больных, как было выявлено Г.М. Жуламановой, характеризуется не только несоблюдением рекомендаций по проведению медикаментозных мероприятий, но и также крайне низкой вероятностью проведения мероприятий, направленных на изменение образа жизни. По мнению автора, повышению и удержанию на достигнутом уровне комплаентности больных может способствовать проведение специальных программ, включающих специальные упражнения и ведение дневника самоконтроля [20].

Ю.В. Лукина описывает факторы, которые оказывают влияние на приверженность: 1) факторы, связанные с пациентами, 2) факторы, связанные с врачами и организацией системы здравоохранения, 3) факторы лекарственной терапии, 4) факторы заболевания и 5) группа социально-экономических факторов [31].

Трудности пациентов, по мнению А.А. Сарычевой, заключаются в том, что, несмотря на тяжесть заболевания, они часто не предъявляют жалоб и не мотивированы на лечение. Это усугубляется тем, что большинство заболеваний являются хроническими и требуют длительной или пожизненной терапии. Автор отмечает связь между приверженностью терапии и ее эффективностью: «...низкая приверженность терапии хронических заболеваний является главной причиной уменьшения выраженности терапевтического эффек-

та, ведет к увеличению затрат на лечение, снижению качества жизни, а также существенно повышает вероятность развития осложнений»[51, с.602].

Высокий уровень ответственности и самостоятельности пациента по отношению к своему здоровью, по мнению Л.И. Ложкиной, способствуют формированию активной позиции в проводимых лечебно-профилактических мероприятиях. Приверженность терапии, как считает автор, должна проявляться в постепенном формировании навыков усвоения оценки и контроля своего состояния у пациента, и в итоге, приводить к более ответственной и активной позиции в отношении терапии [30].

Таким образом, стоит отметить, в ряде проанализированных нами исследований (А.В. Брушлинский [8] и С.Л. Рубинштейн [47], В.И. Моросанова [33] и др.) такие качества как: ответственность, самостоятельность, активность, автономность, саморегуляция – определяются в качестве параметров субъектности. В связи с этим исходной предпосылкой нашего исследования явилось предположение о том, что субъектные качества могут обуславливать позицию человека по отношению к своему здоровью.

1.2. Роль субъектных качеств личности в формировании приверженности лечению

В качестве предмета научного анализа проблема субъектности рассматривается в работах К.А. Абульхановой [1], А.В. Брушлинского [8], А.Н. Леонтьева [29], А.К. Осницкого [41], С.Л. Рубинштейна [47] и др. Методологической основой изучения субъектности является концепция человека, которую выдвинул С.Л. Рубинштейн [47]. В дальнейшем она получила свое развитие в работах К.А. Абульхановой [1] и А.В. Брушлинского [8]. Отечественная психологическая наука реализовала идеи С.Л. Рубинштейна об инициативности, активности, самодотерминации, саморазвитии и самодеятельности субъекта [47].

Ряд авторов определяют субъектность как особый уровень развития личности (Б.Г. Ананьев); как высшую системную целостность всех его противоречивых и сложнейших качеств, а именно: психических свойств и процессов, его бессознательного и сознательного (А.В. Брушлинский); как свойство личности (Е.Н. Волкова, И.А. Серегина); как целостную характеристику активности человека (А.К. Осницкий); как деятельностно-преобразующий, социальный способ бытия человека (В.И. Слободчиков) и т.д. [41]

Обобщая имеющиеся подходы к понятиям субъекта и субъектности, В.Н. Ткачев, В.А. Бардынина делают вывод, что практически все авторы проводят мысль о становлении и развитии субъекта. Развитие человека, по мнению В.Н. Ткачева и В.А. Бардыниной, происходит по пути наращивания с возрастом субъектности, а также преодоления объектности, то есть зависимости человека от внешних условий [58].

Так, под субъектностью В.Н. Ткачев и В.А. Бардынина понимают особый уровень развития личности (приобретаемое свойство личности), в основе которого лежит отношение к себе как к деятелю, соотносимое с активным, творческим преобразованием себя и окружающего мира [59].

В своих исследованиях А.В. Брушлинский [8], С.Л. Рубинштейн [47] определяли субъектность в качестве системной целостности всех противоречивых и сложнейших качеств человека, формирующейся в ходе исторического и индивидуального развития. Таким образом, индивид становится субъектом в процессе деятельности, общения и других видов своей активности, а не рождается таковым.

Субъектность имеет сложную структуру. Являясь интегральной характеристикой активности человека, она включает в себя, по мнению К.А. Абульхановой [1], А.В. Брушлинского [8], следующие составляющие: ответственность, активность, рефлексивность, автономность, самооценность, целостность, опосредованность, креативность. Жизненная позиция человека, как считают авторы, выявляется именно в данных характеристиках.

В работах А.В. Брушлинского, который развивал идеи С.Л. Рубинштейна, в первую очередь, в качестве методологической основы отечественного субъектного подхода рассматривается идея активности как заданной природой, изначальной характеристике любого человека [8].

Изучая эти идеи, К.А. Абульханова рассматривает под активностью субъекта обобщенный ценностный способ осуществления, выражения и отражения жизненных потребностей личности, где потребность является первичным источником любой активности. Проявление субъектности предполагает активность (возможность в соответствии с содержанием актуальной потребности манипулировать влияниями среды на организм, а также модифицировать среду) и потребность (вид определенной зависимости организма от среды) [1].

Как считает А.К. Осницкий, субъектная активность представляет человека в качестве автора своих усилий, которые обеспечивают человеку относительную независимость от противоречивых социальных требований. Однако способом и характеристикой проявления субъектности может считаться только осознанная активность [41].

Это также подтверждается О.А. Конопкиным, по мнению которого одним из наиболее существенных и общих проявлений субъектности человека является его произвольная осознанная активность, которая обеспечивает достижение целей, принимаемых человеком.

Данное положение также раскрыто в работах А.В. Брушлинского, который отмечал: «Для человека как субъекта сознание особенно существенно, потому что именно в ходе рефлексии он формирует и развивает свои цели поведения, общения, деятельности и других видов активности» [8].

Быть субъектом, по мнению Л.М. Митиной, возможно только при наличии достаточно высокого уровня самосознания (базового фундаментального условия). Л.М. Митина выделяет способность к осознанной активности, внутренним побудителем которой являются сущностные потребности - первую сущностную характеристику «субъектности» человека.

В работах А.Н. Леонтьева, отмечается, что с расширением связей субъекта с миром расширяется и число отношений, являющихся противоречивыми. Такие перекрещивающиеся связи порождают конфликты, способные фиксироваться и входить в структуру личности. Эта структура не сводится к совокупности отношений с миром и иерархии между ними, а характеризуется соотношением систем жизненных отношений, между которыми происходит борьба [29].

Однако, по мнению К.А. Абульхановой, именно через разрешение объективных противоречий развивается способность человека быть субъектом: активность субъекта проявляется в постоянном разрешении противоречий между организацией деятельности, которую представляет личность, включая ее притязания, мотивы, цели, внешние условия и предъявляемые к ней требования. Через разрешение противоречий субъект постоянно стремится к совершенству, в этом состоит его человеческая специфика, а также постоянно возобновляющаяся жизненная задача. Будучи субъектом личность использует значимые для нее жизненные события, вызывающие определенные изменения, для самосозидания. По мнению К.А. Абульхановой, один человек будет преодолевать неблагоприятные обстоятельства в качестве субъекта собственной активности, а другой – будет воспринимать их как непреодолимые помехи для благополучной жизни, а также может отказаться от противостояния им. Третьей сущностной характеристикой субъектности, По мнению К.А. Абульхановой, можно считать способность к саморазвитию в процессе разрешения противоречий, имеющих в жизни субъекта [1].

Описанные сущностные характеристики раскрывают человека в качестве субъекта жизнедеятельности, а также являются социально обусловленными качествами, развитие и становление которых не происходит само по себе. Данная позиция раскрывается в работах О.А. Конопкина, где категория «субъект» представляется как активное, деятельностное начало человека, реализуя которое, он осуществляет свои реальные отношения с действительностью.

По мнению Л.И. Божович, становление произвольной (субъектной) активности ребенка происходит с самого раннего детства, а также может быть рассмотрено и в контексте взаимоотношений человека с окружающей действительностью, и в контексте взаимодействия.

Как считает В.Н. Мясищев, такое разделение справедливо, так как, несмотря на существование тесной связи между взаимоотношениями людей и процессом их взаимодействия, оба эти понятия не заменяют друг друга и не являются идентичными.

Основываясь на исследованиях данных авторов, под субъектными качествами мы понимаем способность к самоконтролю и самоуправлению в реализации значимых аспектов жизни человека, проявление гибкости и самостоятельности в изменяющихся условиях (например, собственное здоровье и болезнь).

Исходя из этого, можно предположить, что в формировании приверженности лечению существенную роль играют субъектные качества личности.

Субъектные качества индивида, по мнению Ю.Ю. Ковтун, определяются присущим ему экологическим сознанием, которое опосредует отношение индивида к различным компонентам окружающей среды, а также выражают его способность быть субъектом взаимодействия со средой [26].

В.И. Моросанова рассматривает различные уровни проявления субъектности. Операциональный уровень, по мнению автора, может быть охарактеризован регуляторным профилем развития процессов саморегуляции: моделирования условий, планирования целей, корректирования результатов активности, программирования. Другим уровнем являются регуляторно-личностные (субъектные) черты: настойчивость, ответственность, надежность, гибкость и др. Выраженность этих черт у человека зависит от своеобразия способов достижения целей, а также степени развития осознанной саморегуляции [33].

В.И. Моросанова делает акцент на отличии личностных структур от субъектных. По ее мнению, «личность» и «субъект» обозначают различные аспекты индивидуальности человека, которые, взаимодействуя, формируют его проявления в поведении и внутренний мир. Субъектные черты, по мнению автора, определяют способность человека преодолевать объективные и субъективные трудности достижения жизненных целей и в конкретных видах деятельности являются основой для формирования индивидуальных стилей саморегуляции, а «...личностные структуры определяют содержание целей, выдвигаемых человеком, его отношение к окружающему» [33].

Субъектность, по мнению В.И. Моросановой, проявляется в первую очередь в развитии осознанной саморегуляции активности, в самодетерминации. Личность определяет индивидуальные особенности саморегуляции в их взаимосвязи с характером и темпераментом, различными структурами бессознательного и самосознания [33].

Таким образом, мы предполагаем, что особенности субъектных качеств личности пациентов связаны с уровнем сформированности их приверженности лечению. Так, эффективность взаимодействия пациента с лечащим персоналом может быть связана со степенью развития субъектных качеств пациента (настойчивость, ответственность, надежность, гибкость). В нашем исследовании мы опираемся на идеи В.И. Моросановой о том, что субъектные черты определяют способность пациента преодолевать объективные и субъективные трудности, связанные с наличием хронического заболевания, направленные на поддержание здоровья или выздоровление. Теоретический анализ показал недостаточную разработанность проблемы изучения формирования приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием.

1.3. Психологические особенности больных с хроническими соматическими заболеваниями

В настоящий момент проблема пребывания личности в ситуации хронического соматического заболевания требует рассмотрения помимо медицинских аспектов заболевания, также психологических и социальных факторов, которые сопутствуют течению заболевания.

Ситуация заболевания, по мнению А.В. Селина, приводит к разрушению отношений и установок, а также привычной деятельности личности, которая оказывается в ситуации невозможности реализовывать внутренние потребности своей жизни [52].

Как ситуацию кризиса А.В. Гнездилов предлагает рассматривать ситуацию заболевания. По его мнению, активизируются процессы смысловой динамики: рассогласованная система смыслов в связи с болезнью стремится к новому формированию, согласованию смысловой сферы личности в контексте целостного жизненного пути. Заболевание сужает свободу существования человека, как в настоящем, так и в перспективе будущего, тем самым деформируя жизненно-смысловую перспективу. При этом, болезнь (наряду с физическими изменениями в организме) формирует новую социальную ситуацию развития, а также нарушает сформировавшиеся паттерны деятельности поведения, разрушает социальные связи, запускает работу психических процессов, которые направлены на осмысление своей роли в сложившейся ситуации, что в свою очередь деформирует личностную идентичность и формирует явление кризиса [16].

Социальная ситуация развития в условиях заболевания, по мнению В.В. Николаевой, становится предметом активной «внутренней работы» самого пациента. Обширная зона его психической активности сразу же фокусируется на страдании, в результате чего формируется новая внутренняя позиция человека, динамика и содержание которой отражают основные личностно-смысловые изменения. Важным условием успешной разработки про-

блемы личности у соматически больных является изучение сущности этого процесса [39].

Являясь личностно-значимым соматическое заболевание, по мнению А.В. Селина, способно оказывать существенное влияние на процессы переживания человеком времени, его отношение к своему настоящему, прошлому и будущему. Это напрямую влияет на мотивационную сферу личности, а также воздействует на способности и желание справляться с трудными жизненными ситуациями, осознанную активность [52].

В психологических исследованиях таких авторов, как Т.Г. Горячева [17], Н.А. Коваленко [25], В.В. Николаева [39], Е.Т. Соколова [55], О.В. Фролова [62] и многих других, показано, что изменение нормального хода личностного развития как взрослых, так и детей зависит от наличия соматических расстройств. Так пациенты с гипертонической болезнью отличаются замкнутостью, напряженно-требовательским отношением к жизни, ограниченными возможностями эмоционального самовыражения, выраженной потребностью в самоутверждении. При язвенной болезни у пациентов отмечается преобладание эгоцентрической направленности, повышенной тревожности, неудовлетворенной потребности в признании любви, негативных установок к окружающим. Для пациентов, страдающих бронхиальной астмой, характерны такие эмоционально-личностные особенности, как выраженная инфантильность, невротичность, тревожность, сензитивность, которые не позволяют им адекватно реагировать на возникающие конфликты и трудности, а также самостоятельно справляться с проблемными ситуациями. У пациентов с диабетом, обнаруживаются общие трудности адаптации к социальной ситуации, агрессивное поведение, конфликтность, повышенная тревожность, интровертированность, стремление к уединению. Пациенты, перенесшие хирургическое вмешательство по поводу врожденного порока сердца в раннем возрасте, отличаются от здоровых людей инфантильностью, эмоциональной незрелостью, несамостоятельностью и неадекватной самооценкой, неуверенностью в своих силах [24].

В результате исследования Е.Г. Филяковой, посвященному изучению особенностей становления образа «Я» подростков, страдающих бронхиальной астмой и гастродуоденальной патологией, было обнаружено, что образ «Я» подростков с хроническими соматическими заболеваниями отличается от образа «Я» здоровых подростков. Основное отличие состоит в искажении структуры и нарушении регуляторной функции образа «Я» больных подростков. Структура образа «Я», по мнению Е.Г. Филяковой, характеризуется внутренней диссоциацией между составляющими образа «Я», дисгармоничностью. Изменение регуляторной функции образа «Я» состоит в занижении идеалов личности, искусственном ограничении резервов личностного и развития потенциальных возможностей, нарушении процессов целеполагания. На нарушение структуры и регуляторной функции образа «Я» влияет негативный телесный опыт: тяжесть и длительность заболевания независимо от нозологии [60].

Л.Б. Броуде и Г.К. Поппе [43], С.М. Зелинским [21] описаны не только особенности пациентов, специфичные для определенного заболевания, но и гендерные различия в реакции на болезнь одной и той же нозологии. Так, уровни конфликтности и самооценки у мальчиков, больных бронхиальной астмой, ниже, чем у девочек. У девочек чаще, чем у мальчиков, происходит вытеснение представления об этом заболевании, которым они больны. Дети, страдающие сахарным диабетом, в зависимости от пола по-разному формулируют причину своего заболевания, а различные типы переживания этой болезни девочками и мальчиками приводят к тому, что у них различно формируется и внутренняя картина болезни.

Помимо половых различий исследователями рассматриваются вопросы этнопсихологических различий в отношении к болезни у детей и подростков. Так, В.А. Саад проводил анализ этноинтегрирующих и этнодифференцирующих факторов, которые влияют на процесс отношения к своему заболеванию подростков в возрасте 12–16 лет, страдающих заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Автор проводил сравнительный анализ особенно-

стей личности больных подростков России и Йемена. Так, в группе больных российских подростков отмечается более выраженная тревожность, фрустрированность, эмоциональная неустойчивость. В.А. Саад отмечает, что с увеличением тяжести заболевания эти показатели повышаются. В группе больных йеменских подростков наблюдается повышение социальной активности, снижение показателей конформности. Полученные результаты свидетельствуют, что у данных подростков заболевание в значительной степени формирует активную установку на его преодоление, мобилизует личностные ресурсы. В группе российских подростков преобладает выраженный комплекс неполноценности, повышенная фиксация на своем физическом облике и эмоциональная оценка заболевания [49].

По мнению Л.Д. Зикеевой, при хронических заболеваниях почек у взрослых нарушается постоянство внутренней среды организма, отмечается стойкая гипертензия, постоянная потеря белка из организма, что обуславливает наличие выраженной и своеобразной астении. Астенический фон способствует возникновению гиперестезии по отношению к внутренним органам, вызывая различные переживания и ощущения больных, в сочетании с определенными преморбидными особенностями личности которые могут вызывать невротические расстройства. При изучении состояния внимания и памяти этих больных Л.Д. Зикеева выявила неустойчивость умственной работоспособности, которая приводила к истощаемости психических процессов. Подобные нарушения психических процессов в некоторых случаях вызывали нарушение подвижности нервных процессов, мыслительной деятельности, непоследовательность суждений [22].

Социальная ситуация изменений личности у больных хронической почечной недостаточностью, по мнению Т.Н. Муладжановой, является негативной, ограничивающей. Центральным психологическим механизмом изменений личности у таких больных является перестройка иерархии мотивов, где в качестве ведущего выступает мотив «сохранения здоровья». Перестройка иерархии мотивов приводит к искажению смыслового отношения к

окружающей действительности. Одним из условий изменений мотивационной сферы личности является отношение к болезни. Также по мнению Т.Н. Муладжановой, во фрустрирующих ситуациях на начальных этапах заболевания спонтанно возникают приемы психологической защиты: агрессивный тип поведения, а также в последствии – недооценка значимости событий [34].

Для подростков и юношей наиболее тяжелыми в психологическом отношении, по мнению О.В. Фроловой, оказываются болезни, изменяющие внешний вид человека. Такие показатели связаны с расстановкой приоритетов и системой ценностей, которые имеются у молодого человека, наивысшую ценность для которого может приобретать «удовлетворенность собственной внешностью» (как основополагающая потребность). По мнению автора, наиболее тяжелые психологические реакции могут вызвать болезни, которые не несут угрозы для жизни с медицинской точки зрения (болезни, изменяющие внешность (кожные, аллергические), операции (ожоги) калечащие травмы) [61].

Выраженность эмоциональной реакции на болезнь, а также связанные с этим отрицательные последствия для личности (например, конфликтные отношения с окружающими) могут корректироваться, по мнению В.В. Николаевой, при наличии критичной, адекватной самооценки и развитой системы мотивации. Она выделяет ряд трудностей: заболевание является хроническим, зачастую появляется в раннем возрасте, поэтому само первоначальное формирование мотивационной сферы и самооценки личности может протекать в искаженных условиях с самого начала. Также, стоит отметить, что особенности измененной личности проявляются не сразу, а проходят сложный путь формирования. Каждое длительное и серьезное соматическое нарушение приводит или к обратимым, частным, или к стойким, общим изменениям внутреннего мира человека. Изменения личности могут носить разнообразный характер: проявляться в виде изменения эмоций (эйфория, депрессия), нарушений мотивационной сферы (бездумность, апатия), нарушений отношения к окружающему и себе (изменения подконтрольности,

нарушение критики), нарушений активности (аспонтанность). У соматических больных, по мнению В.В. Николаевой, может наблюдаться нарастание эгоцентрического содержания ведущего мотива (особенно при ипохондрических изменениях личности). Структура мотивационной сферы может характеризоваться подчиненностью деятельности одному мотиву [39].

Таким образом, хронические соматические заболевания, являясь личностно-значимыми, оказывают существенное влияние на отношение человека к своему настоящему, прошлому и будущему, что напрямую воздействует на мотивационную сферу личности, осознанную активность, способности и желание справляться с трудными жизненными ситуациями.

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СУБЪЕКТНЫХ КАЧЕСТВ КАК ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ СОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

2.1. Организация и методы исследования

Анализ литературных источников показал, с одной стороны, актуальность изучаемой темы, с другой, - недостаточную разработанность вопроса коррекции субъектных качеств как предпосылки развития приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием.

Исследование реализовывалось на базе ОГБУЗ «Городская клиническая больница №1» г. Белгорода, нейрососудистое отделение. В нем принимали участие лица, страдающие хроническим соматическим заболеванием, в возрасте от 40 до 65 лет в количестве 50 человек.

Исследование состояло из нескольких этапов:

1. На первом этапе осуществлялся анализ литературы по теме исследования; формулировалась цель, определялись гипотеза, предмет и задачи исследования; подбирались методы и методики исследования.

2. На втором этапе непосредственно осуществлялась экспериментальная работа: выполнялся констатирующий эксперимент, составлялась, проводилась психокоррекционная программа по развитию субъектных качеств, а именно: повышение саморегуляции, гибкости, самостоятельности, формирование интернальности, что способствует повышению приверженности лечению.

3. На заключительном этапе анализировалась эффективность психокоррекционной программы.

Первоначально проанализировали выраженность приверженности лечению у респондентов, затем сравнили выраженность субъектных качеств у пациентов с высокой и низкой приверженностью лечению.

В исследовании использовался квазиэкспериментальный план с предварительным и итоговым тестированием одной группы пациентов с низкой приверженностью лечению, страдающих хроническим соматическим заболеванием. Схематично данный экспериментальный план можно представить следующим образом:

$O1 \times O2$, где:

X– воздействие,

O1 – предварительное тестирование экспериментальной группы,

O2 – итоговое тестирование экспериментальной группы.

Гипотезу о значимом влиянии независимой переменной на зависимую принимают, когда различия между O1 и O2 значимы. Данный экспериментальный позволяет контролировать причинно-следственные связи. Квазиэкспериментальный план выбран, поскольку он позволяет оценить детерминированность связи между двумя переменными, где-либо отсутствует предварительная процедура уравнивания групп, либо «параллельный контроль» с участием контрольной группы заменен сравнением результатов неоднократного тестирования группы (или групп) до и после воздействия. Использование плана «тест-воздействие-ретест» позволяет контролировать влияние «побочных» переменных, нарушающих внутреннюю валидность эксперимента.

В качестве независимой переменной выступали субъектные качества личности, в качестве зависимой переменной – приверженность лечению пациентов.

Наличие различий в выраженности субъектных качеств пациентов (сниженная саморегуляция, недостаточная регуляторная гибкость, зависимость от окружающих, импульсивность, экстернальность поведения), в уровнях и содержательных характеристиках приверженности лечению у паци-

ентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием, свидетельствуют об эффективности нашей психокоррекционной программы.

В соответствии с планом в эксперименте выделяются 3 этапа:

1. Предварительное измерение субъектных качеств как предпосылки формирования приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием.
2. Организация экспериментального воздействия.
3. Итоговое измерение исследуемых характеристик в экспериментальной и контрольных группах.

В связи со специфическими особенностями респондентов, тестирование проводилось в индивидуальной форме.

Высокий уровень ответственности и самостоятельности пациента по отношению к своему здоровью, способствуют формированию активной позиции в проводимых лечебно-профилактических мероприятиях. Это значит, что, занимая активную позицию по отношению к своему выздоровлению, человек соблюдает рекомендации врача, более ориентирован на процесс лечения, проявляет доверие к врачу и методам лечения. Если пациенты, страдающие хроническим соматическим заболеванием, активны и видят в себе источник активности, то это позволяет не только успешно проводить медикаментозную терапию, но и достигать результатов в реабилитационных, психокоррекционных мероприятиях, что приведет к положительной динамике соматического состояния.

Под субъектными качествами мы понимаем способность к самоконтролю и самоуправлению в реализации значимых аспектов жизни человека, проявление гибкости и самостоятельности в изменяющихся условиях (например, собственное здоровье и болезнь). Исходя из этого, можно предположить, что в развитии приверженности лечению существенную роль играют субъектные качества личности.

Для проверки гипотезы нами были использованы следующие методики исследования:

1. Опросник «Уровень комплаентности» (Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук).

2. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова).

3. Опросник «Уровень субъективного контроля» (Дж. Роттер, адаптирован Е.Ф. Бажиным, С.А. Голькиной, А.М. Эткингом) (Приложение 1).

1. Опросник «Уровень комплаентности» (Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук). Данная методика применялась нами с целью определения уровня приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием. Методика направлена не только на выявление уровня приверженности лечению, но и позволяет оценить составляющие приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием:

- социальная комплаентность (социальная приверженность лечению) - стремление соответствовать предписаниям врача обусловленное ориентацией на социальное одобрение;

- эмоциональная комплаентность (эмоциональная приверженность лечению) - склонность к соблюдению врачебных рекомендаций обусловленное повышенной впечатлительностью и чувствительностью;

- поведенческая комплаентность (поведенческая приверженность лечению) - стремление к соблюдению врачебных рекомендаций направленное на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие.

Данная методика позволяет комплексно оценить уровневые и содержательные характеристики приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием. Опросник содержит 66 вопросов. Суммарный показатель по каждому из параметров: от 0 до 15 – не выраженный показатель приверженного поведения, от 16 до 29 баллов - средневыраженный показатель приверженного поведения, от 30 до 40 балла – значительно выраженный показатель приверженного поведения. Общая приверженность лечению представлена суммой всех показателей комплаентного поведения.

Высокие баллы, полученные в ходе диагностики с помощью опросника (общая комплаентность / приверженность лечению), указывают на высокий уровень приверженности лечению и специфическое отношение человека к предлагаемому врачом лечению. Низкие баллы по результатам исследования (общая комплаентность / приверженность лечению) указывают на низкий уровень приверженности лечению.

2. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова).

Опросник позволяет выявить стилевые особенности саморегуляции у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием. Стиль саморегуляции проявляется в том, каким образом человек планирует и программирует достижение жизненных целей, учитывает значимые внешние и внутренние условия, оценивает результаты и корректирует свою активность для достижения субъективно-приемлемых результатов, в том в какой мере процессы саморегуляции развиты и осознанны. В контексте нашего исследования эмоциональная саморегуляция связана с приверженностью лечению пациентов. От степени развития процессов саморегуляции зависит успешность лечебного процесса. Опросник состоит из 46 утверждений, входящих в состав шести шкал, выделяемых в соответствии с основными регуляторными процессам (планирования, моделирования, программирования, оценки результатов) и регуляторно-личностными свойствами (гибкости и самостоятельности)..

3. Опросник «Уровень субъективного контроля» (Дж. Роттер, адаптирован Е.Ф. Бажиным, С.А. Голыкиной, А.М. Эткиндром). Использовался нами для исследования выраженности локуса контроля, как ресурс формирования приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием. Опросник разработан в НИИ им. Бехтерева на базе шкалы Дж. Роттера, адаптировали Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд. В основе развития данной методики лежит концепция диагностики экстернальности - интернальности локуса контроля. Человек оценивает происходящие события и ситуации по их доступности своему влиянию. Однако,

наряду с тем, что в жизни каждого человека есть события, успешный результат которых зависят от его усилий, от затрат физической энергии и интеллекта, существует достаточно событий, над которыми он не способен установить контроль.

Локус контроля определяет предрасположенность человека приписывать себе ответственность за результаты своей деятельности внешним обстоятельствам или наоборот, собственным усилиям и способностям. Он является характеристикой когнитивной и может с течением времени меняться. Опросник включает 7 шкал: шкала общей интернальности (Ио), шкала интернальности в области достижений (Ид), шкала интернальности в области неудач (Ин), шкала интернальности в семейных отношениях (Ис), шкала интернальности в области производственных отношений (Ип), шкала интернальности в области межличностных отношений (Им), шкала интернальности в отношении здоровья и болезни (Из).

Кроме того, нами были использованы малоформализованные методики: беседа и наблюдение. В течение всего периода исследования и реализации программы по окончании каждой рабочей недели проводилась беседа. Задавались следующие вопросы:

1. Как бы вы могли описать свое самочувствие в данный момент?
2. Произошли ли какие-нибудь изменения физического самочувствия? В чем вы видите причину?
3. Как бы вы могли описать свои взаимоотношения с членами своей семьи?
4. Как вы относитесь к медицинскому персоналу?
5. Были ли у Вас конфликты с кем-либо на этой неделе?
7. Что вы делаете, чтобы справиться с негативными эмоциями?
8. Как вы в целом оцениваете свою жизнь?
9. Как вы реагируете на замечания, критику в свой адрес?
10. Могли бы вы описать, каким видите свое будущее?

Наблюдение также проводилось в конце каждой рабочей недели во время проведения психокоррекционной программы.

Критерии наблюдения: 1. Эмоциональный фон. 2. Мимика и пантомимика. 3. Особенности речи (эмоциональная окрашенность, темп, паузы). 4. Проявление вегетативных реакций (изменение ритма дыхания, бледность или покраснение кожных покровов). 5. Особенности выполнения задания (включенность в работу, реакция на замечания и ошибки).

С целью проверки гипотезы нами были использованы методы математической статистической обработки: U-критерий Манна – Уитни (для проверки значимости различий между полученными средними показателями), T-критерий Вилкоксона, коэффициент корреляции Спирмена. Обработка данных осуществлялась с помощью пакета SPSS Statistics 19.

2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования

По результатам исследования определили уровень приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием с целью выделения групп респондентов с высоким и низким уровнем приверженности лечению для исследования выраженности субъектных качеств. Данные представлены на рисунке 2.1.

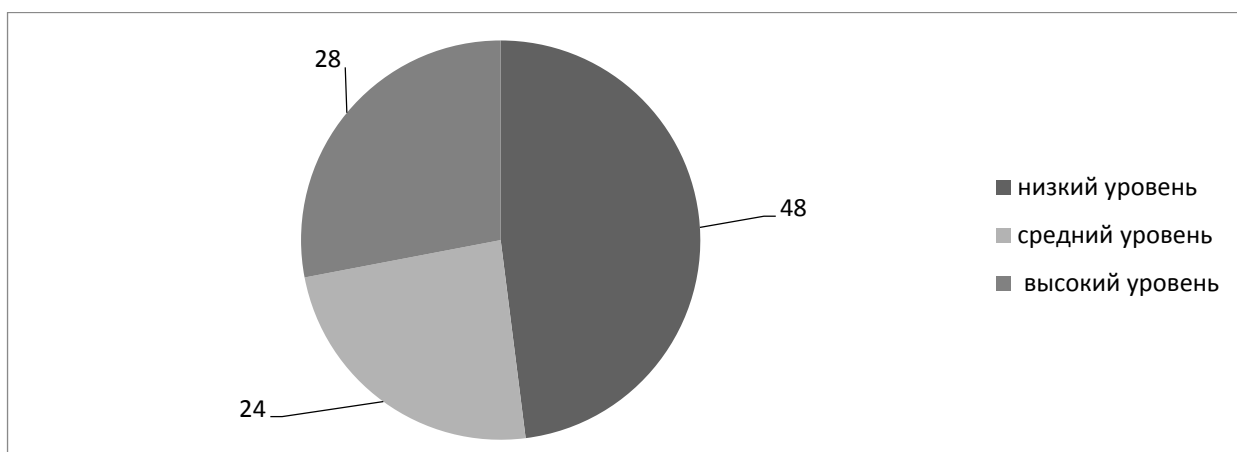


Рис.2.2.1. Распределение респондентов по показателю приверженности лечению (%)

Согласно полученным данным, для 48% респондентов свойственен низкий уровень приверженности лечению. Пациенты с низким уровнем приверженности лечению склонны занимать обособленную позицию по отношению к окружающим, не доверяют врачам и медицинскому персоналу. Им свойственна независимость, ориентация на собственное мнение. Респонденты стремятся недооценивать тяжесть заболевания, упускают возможные последствия и осложнения, связанные с отсутствием или пренебрежением своевременной помощи. Для них характерны: непостоянство, эмоциональная нестабильность, импульсивность поведения, что негативно сказывается на эффективности лечения. Приверженность лечению является основополагающим фактором в формировании позитивной внутренней картины болезни. Четкое соблюдение медицинских рекомендаций, способствует повышению эффективности лечебного процесса и достижению ремиссии болезни. Низкая приверженность лечению затрудняет выздоровление пациентов и способствует утяжелению симптоматики. Неприверженность лечению у таких пациентов является преднамеренной, в основе такого поведения лежат определенные субъектные качества личности, связанные с характеристикой эмоционально-волевой сферой. Иногда ссылки на забывчивость пациенты используют при отсутствии доверия к врачу и/или проводимой терапии, неверии в успешность любой фармакотерапии, недооценке тяжести своего состояния и прогноза. Также мы отметили, что приверженность лечению зависит от самочувствия пациента: при удовлетворительном самочувствии рекомендации выполняются не так пунктуально, как при плохом. Низкий уровень приверженности лечению при хронических заболеваниях является причиной высокого уровня осложнений, ухудшения качества жизни.

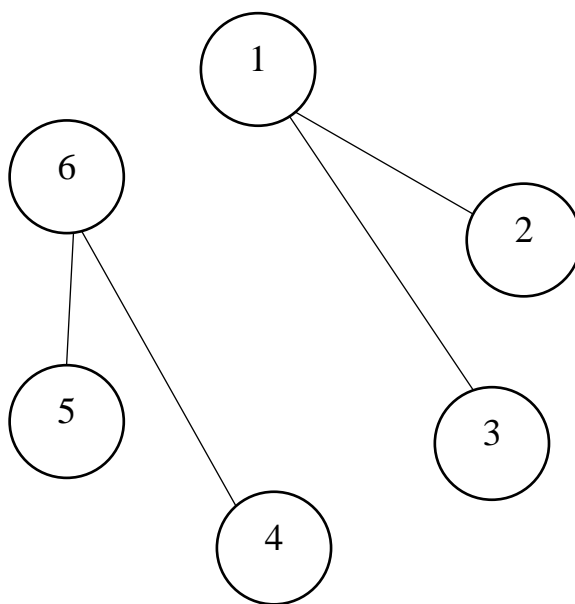
Результаты беседы и наблюдения показали, что чаще всего такие пациенты уверены в себе, им свойственны перепады настроения, непостоянство поведения и суждений, их поведение зависит от внешних факторов.

24% респондентов характеризуются средне-выраженным уровнем приверженности лечению. Взаимодействие таких пациентов с окружающими

обусловлено ситуативными факторами, их социальную позицию можно назвать неопределенной.

Для 28% респондентов свойственен высокий уровень приверженности лечению. Такие пациенты ориентированы на процесс выздоровления. Они демонстрируют содружественную позицию, вступают в доверительные отношения с лечащим врачом, им характерна впечатлительность и беспокойство о последствиях или о возможных неудачах лечения.

В результате проведенного корреляционного анализа (коэффициент корреляции r Спирмена) у респондентов была выявлена статистически значимая связь между показателями саморегуляции и выраженностью приверженности лечению. Результаты корреляционного анализа отображены на рисунке 2. 2.2.



Условные обозначения: 1 – «уровень саморегуляции»; 2 – «уровень приверженность лечению»; 3 – «интернальность в отношении здоровья и болезни»; 4 – «самостоятельность»; 5 – «гибкость»; 6 – «поведенческая приверженность лечению».

Рис. 2.2.2. Результаты исследования взаимосвязи субъектных качеств и приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием.

Обнаружена статистически значимая связь между шкалой «уровень саморегуляции» и шкалами: «уровень приверженность лечению» ($r_{\text{ЭМП}}=0,508$, $p=0,01$), «интернальность в отношении здоровья и болезни» ($r_{\text{ЭМП}}=0,455$,

$p=0,01$). Исходя из полученных результатов, можно говорить, чем выше показатель саморегуляции, тем выше приверженность лечению. Пациенты, проявляющие терпение, сдержанность, эмоциональную устойчивость, в большей степени ориентированы на лечение, следуют рекомендациям врача, возлагают на себя ответственность за процесс выздоровления.

Статистически значимая связь выявлена между шкалой «поведенческая приверженность лечению» и шкалами: «самостоятельность» ($r_{эмп}=0,437$, $p=0,01$), «гибкость» ($r_{эмп}=0,426$, $p=0,01$). Исходя из этого, такие респонденты способны адекватно реагировать на быстрое изменение событий, а также успешно решать поставленные задачи. Они контролируют свои эмоциональные реакции и настроены на процесс выздоровления, стремятся выполнять рекомендации лечащего врача. Полученная корреляционная плеяда включает в себя несколько ядер, что характеризует ее как открытую, также она не имеет замкнутых связей, что может свидетельствовать о ее динамичности и неустойчивости. Такие показатели могут говорить о том, что данная структура в любой момент может быть подвержена изменениям.

В результате проведенного исследования было выявлено, что субъектные качества пациентов выступают предпосылкой развития приверженности лечению.

По результатам исследования определили выраженность субъектных качеств у респондентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием. Данные изучения саморегуляции, как предпосылки развития приверженности лечению у пациентов, представлены на рисунке 2.2.3.

Как следует из рисунка 2.3., у респондентов с низким уровнем саморегуляции более низкий показатель приверженности лечению, высокий уровень саморегуляции связан с высоким уровнем приверженности лечению. Обнаружены различия в выраженности саморегуляции у пациентов с высоким и низким уровнем приверженности лечению ($U=34,28$; $p<0,05$). Данная особенность указывает, что нежелание респондентов выполнять рекомендации врача связано с недостаточной саморегуляцией, самоконтролем..

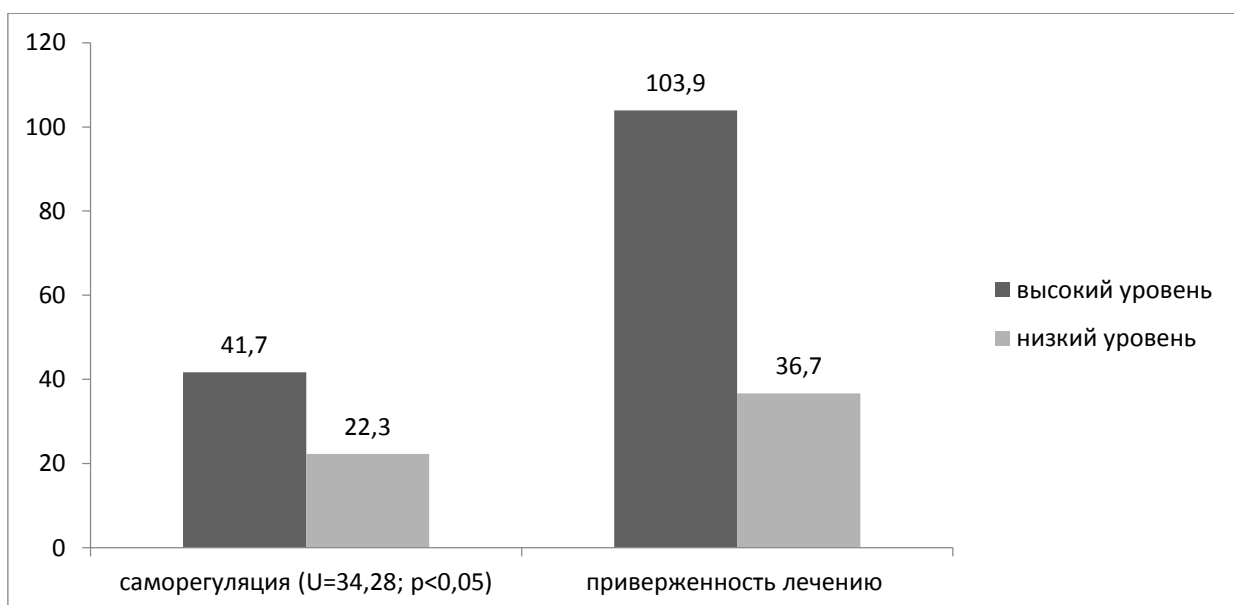


Рис. 2.2.3. Выраженность саморегуляции у пациентов с разным уровнем приверженности лечению (средние значения)

У респондентов с низким уровнем саморегуляции более низкий показатель приверженности лечению ($Me=22,3$). Это говорит о том, что потребность в осознанном планировании и программировании своего поведения не сформирована, они более зависимы от ситуации и мнения окружающих людей. Успешность овладения новыми видами деятельности в большой степени зависит от соответствия стилевых особенностей регуляции и требований осваиваемого вида активности. Такие пациенты большое значение придают малозначимым факторам, что в свою очередь приводит к недостаточной пластичности планов и напрямую влияет на их реализацию.

В быстро меняющейся обстановке они чувствуют себя неуверенно, с трудом привыкают к переменам в жизни, к смене образа жизни. Они не способны адекватно реагировать на ситуацию, быстро и своевременно планировать деятельность и поведение, разрабатывать программу действий, выделять значимые условия, оценивать рассогласование полученных результатов с целью деятельности и вносить коррективы.

Более детальное изучение компонентов саморегуляции у пациентов с хроническим соматическим заболеванием представлено на рисунке 2.4.

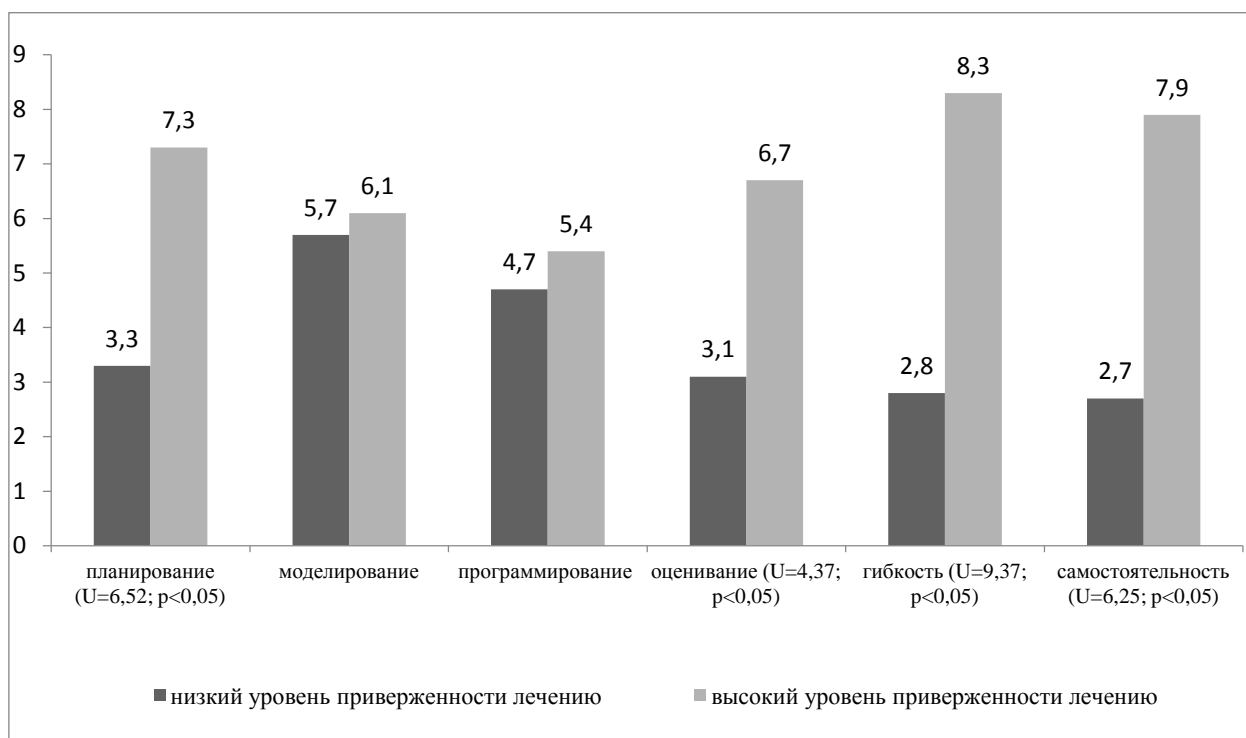


Рис. 2.2.4. Выраженность компонентов саморегуляции у пациентов с разным уровнем приверженности лечению (средние значения)

Как следует из рисунка 2.4., у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием, выявлены различия по шкалам «планирование» (U=6,52; p<0,05), «оценивание» (U=4,37; p<0,05), «гибкость» (U=9,37; p<0,05), «самостоятельность» (U=6,25; p<0,05).

Показатели саморегуляции у пациентов с низким уровнем приверженности лечению не превышают интервал средних значений (т.е. не превышают пороговое значение 7 баллов), что является показателем недостаточно сформированной саморегуляции.

Сниженные результаты по шкале «планирование» у респондентов с низким показателем приверженности лечению (Me=3,3) по сравнению с пациентами с высоким показателем приверженности лечению (Me=7,3) указывают на то, что таким пациентам свойственен низкий уровень способности к планированию деятельности, к построению алгоритма действий, целеполаганию. У респондентов слабо выражена способность к осознанному планиро-

ванию деятельности, они предпочитают ограничиваться близкими целями, цели формулируются спонтанно, ситуативно и обычно несамостоятельно, часто меняются, наблюдается искажение временной перспективы. Поведение непоследовательное, планирование малореалистично, конечная цель редко бывает достигнута в силу слабости мотивационного компонента. Такие пациенты испытывают существенные трудности в планировании своей деятельности, в связи с чем, их деятельность зачастую является малоэффективной. Пациенты с низким уровнем приверженности лечению тяжело адаптируются в трудных жизненных ситуациях (например, ситуация заболевания).

По шкале «оценивание» снижены показатели у респондентов с низким показателем приверженности лечению ($Me=3,1$) по сравнению с пациентами с высоким показателем приверженности лечению ($Me=6,7$). Пациенты с низким показателем приверженности лечению не критичны к себе, своим действиям, не замечают своих ошибок. Субъективные параметры успешности ситуативны, носят стихийный характер, что влияет на искажение результатов оценки собственной деятельности, а, следовательно, у пациентов снижена способность к рефлексии, что влияет на приверженность лечению.

Сниженные показатели по шкале «гибкость» у респондентов с низким показателем приверженности лечению ($Me=2,8$) по сравнению с пациентами с высоким показателем приверженности лечению ($Me=8,3$) свидетельствуют о том, что пациентам легче выполнять монотонную деятельность, им сложно переключаться в динамичной, быстро меняющейся обстановке. Полученные данные свидетельствуют о трудностях, которые испытывают пациенты при попадании в быстро меняющуюся обстановку. Они с трудом привыкают к переменам, чувствуют себя неуверенно. Такие пациенты не способны своевременно и быстро планировать поведение и деятельность, адекватно реагировать на изменения привычной ситуации. В результате деятельность таких испытуемых зачастую неуспешна.

По показателю «самостоятельность» снижены показатели у респондентов с низким уровнем приверженности лечению ($Me=2,7$) по сравнению с па-

циентами с высоким уровнем приверженности лечению ($Me=7,9$). Это указывает на зависимость пациентов с низким уровнем приверженности лечению от мнения более сильных личностей и их оценок. Планы и программы действий разрабатываются несамостоятельно, они некритично следуют чужим рекомендациям.

В общении пациентам с низким уровнем приверженности лечению трудно контролировать свои эмоции, они остро реагируют на требования окружающих, зависимы от внешних обстоятельств. Выход скопившихся эмоций может осуществляться через агрессивное поведение, направленное чаще всего на близких людей. Изменчивость в настроении и непредсказуемость в поведении приводит к импульсивному поведению. Планирование собственных жизненных перспектив развито, но наблюдается трудность в выделении главных целей, много колебаний в выборе пути, отсюда не могут определиться с планами на будущее. Однако волевые особенности определяют управление поведением, сознательную саморегуляцию активности, способность преодолевать препятствия и достигать субъективно поставленную цель. Волевые качества влияют на приверженность лечению, стремление пациентов выполнять рекомендации врача.

Результаты беседы и наблюдения показывают, что у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием, с низким уровнем приверженности лечению существенно снижена потребность контактировать с другими людьми, процесс общения протекает скорее, интуитивно, без осознания конкретных способов и приемов организации эффективного взаимодействия. Респонденты не придают значимой роли развитию и совершенствованию коммуникативных навыков. Болезнь меняет уклад жизни людей, социальные и межличностные отношения, становится особой ситуацией развития личности и, выступая в качестве стрессора, вызывает напряжение адаптационных механизмов, требуя выработки новых моделей совладающего поведения.

Пациентов с недостаточной способностью к саморегуляции, планиро-

ванию, оцениванию поведения, регуляторной гибкостью, самостоятельностью характеризует низкая приверженность лечению.

Результаты изучения выраженности локуса контроля у респондентов с высоким и низким уровнем приверженности лечению представлены на рисунке 2.2.5.

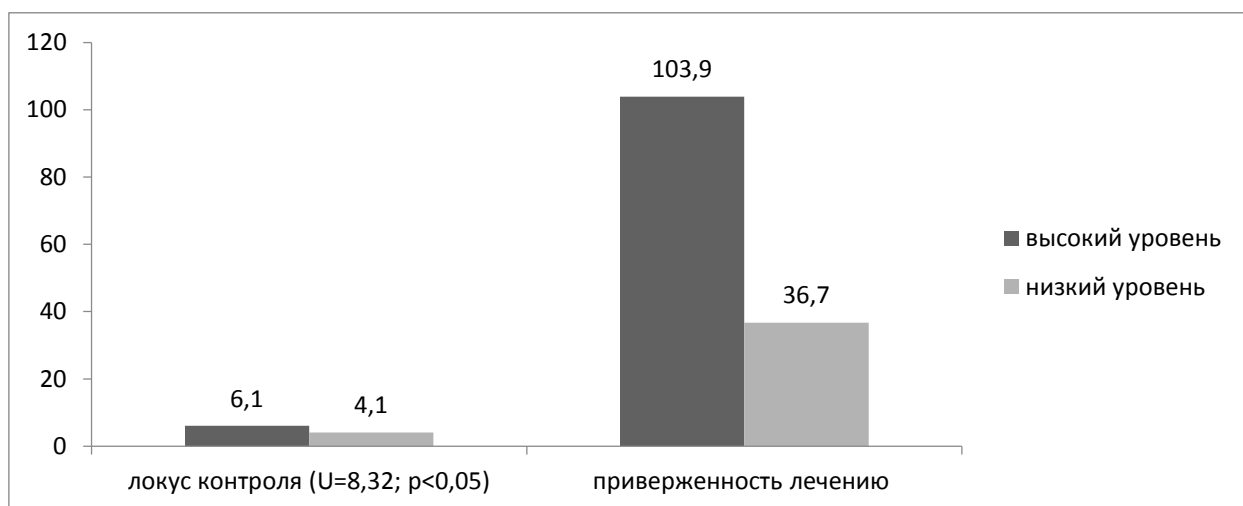
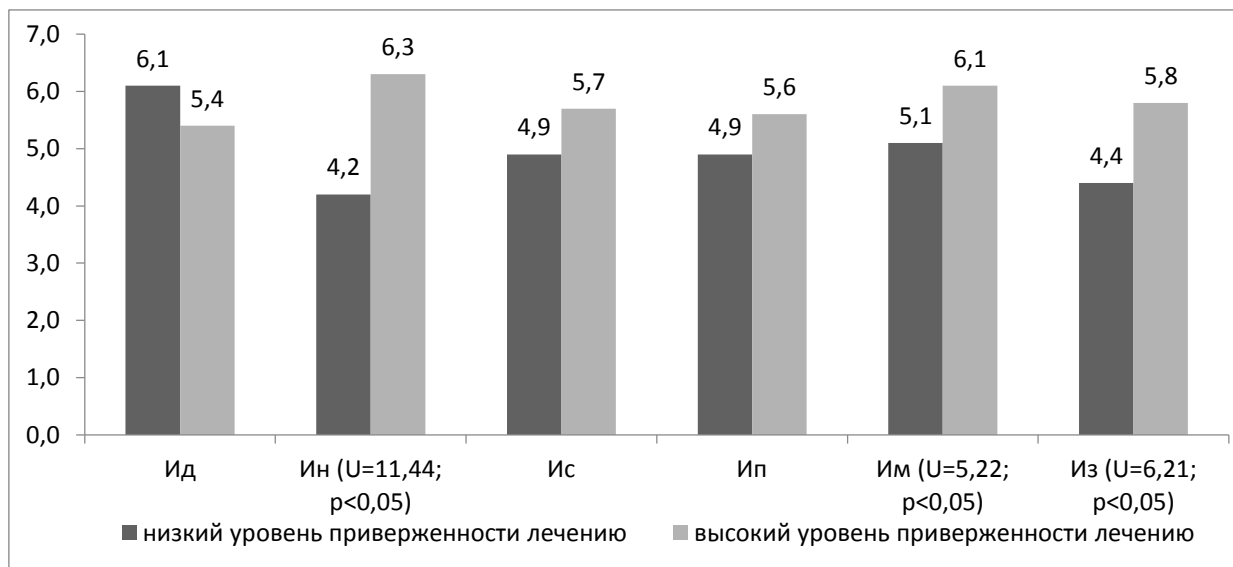


Рис. 2.2.5. Выраженность локуса контроля и приверженности лечению у респондентов (средние значения)

Как следует из данных рисунка 2.2.5., недостаточно сформированный локус контроля, нежелание пациента брать на себя ответственность, стремление переложить ответственность за выздоровление на медицинский персонал предопределяет низкий показатель по шкале «приверженность лечению». Выявили различия по показателю «локус контроля» у пациентов с высоким и низким уровнем приверженности лечению ($U=8,32$; $p<0,05$).

Следовательно, пациенты с экстернальным локусом контроля характеризуются низким уровнем приверженности лечению. Им характерно приписывание причинности и возложение ответственности относительно действий, событий, успешных или неуспешных результатов не себе, а внешним факторам. Личностным фактором, снижающим приверженность лечению, является экстернализация локуса контроля.

Более детальное изучение локуса контроля у пациентов с хроническим соматическим заболеванием с высоким и низким показателем приверженности лечению представлено на рисунке 2.6.



Условные обозначения: *Ид* - шкала интернальности в области достижений, *Ин* - шкала интернальности в области неудач, *Ис* - шкала интернальности в области семейных отношений, *Ип* - шкала интернальности в области производственных отношений, *Им* - шкала интернальности в области межличностных отношений, *Из* - шкала интернальности в отношении здоровья и болезни

Рис. 2.2.6. Выраженность показателей субъективного контроля у пациентов с разным уровнем приверженности лечению (средние значения)

Как видно из рисунка 2.2.6., для пациентов с низким уровнем приверженности лечению характерен экстернальный локус контроля по всем шкалам (значения ниже 5,5 баллов), кроме шкалы «интернальность в области неудач». Личностным фактором, снижающим приверженность лечению, является экстернализация локуса контроля. Пациенты с экстернальным локусом контроля характеризуют низкой приверженностью лечению.

Были обнаружены различия в показателях локуса контроля у респондентов с низким и высоким уровнем приверженности лечению по шкалам «интернальность в области неудач» (U=11,44; p<0,05), «интернальность в области межличностных отношений» (U=5,22; p<0,05), «интернальность в отношении здоровья и болезни» (U=6,21; p<0,05).

Испытуемые не видят связи между своими действиями и важными событиями их жизни, не считают себя способными контролировать их развитие. В своих неудачах чаще всего винят других людей. Респонденты с низким уровнем приверженности лечению чаще неудачи приписывают внешним обстоятельствам, характеризуются меньшей терпимостью к другим и повышенной агрессивностью. Они полагают, что большинство событий их жизни является результатом случая или действия других людей.

Пациенты, страдающие хроническим соматическим заболеванием, считают не себя, а своих партнеров значимыми за ситуации, возникающие в семье. Ответственность за отношения в области производства склонны приписывать внешним обстоятельствам руководству, товарищам по работе, случайным событиям. Они не считают себя ответственными за построение межличностных отношений с окружающими, характеризуются меньшей терпимостью к другим и повышенной агрессивностью.

Пациенты с низким уровнем приверженности лечению считают, что болезнь и здоровье являются результатом случая, склонны делегировать ответственность за свое выздоровление другим людям, например, врачам. Они воспринимают ситуацию болезни и выздоровления, как независимую от их воли, действий, не верят в свои возможности контролировать ситуацию. Показательна в данном случае фраза: «не всё зависит от нас». Эта фраза объективна, но, часто повторяемая и подтверждаемая последующим ходом событий, она постепенно становится основой отношения к ситуации болезни в целом. Респондентам свойственна склонность к фатализму, т.е. приписыванию своих успехов судьбе, внешним обстоятельствам или другим людям.

Таким образом, приверженность лечению связана с локусом контроля, а именно: с интернальностью. Локус контроля – это то, на что/кого пациент возлагает ответственность за болезни и лечение: на себя, на врача или на «судьбу». Пациенты с «внутренним» локусом контроля болезни более привержены лечению, более ответственны и активны в оказании самопомощи, в то время как пациенты с «внешним» локусом контроля демонстрируют про-

тивоположные результаты. Однако локус контроля может меняться в зависимости от ситуации оказания медицинской помощи – например, в амбулаторных условиях пациент может проявлять более высокий уровень ответственности за себя, а в стационаре – менее высокий, полностью полагаясь на врача.

Пациенты, страдающие хроническим соматическим заболеванием, с низким уровнем приверженности лечению интровертированы, склонны занимать обособленную позицию по отношению к окружающим, не доверяют врачам и медицинскому персоналу. Им свойственна независимость, ориентация только на собственное мнение. Пациенты, страдающие хроническим соматическим заболеванием, в любой ситуации отстаивают свое мнение, считая его единственно правильным. Наблюдается стремление пациентов с низким уровнем приверженности лечению недооценивать тяжесть заболевания, они упускают из вида возможные последствия и осложнения, связанные с отсутствием или пренебрежением своевременной помощи, отказываются от посещения лечебных процедур и не меняют свой режим дня. Для респондентов характерны непостоянство, эмоциональная нестабильность, импульсивность поведения, что негативно сказывается на эффективности лечения. Они подвержены сиюминутным желаниям, не замотивированы на выздоровление.

По результатам беседы и наблюдения выявили, что зачастую пациентам с низким уровнем приверженности лечению свойственна вторичная выгода от болезни. Они проявляют безответственность по отношению к своему здоровью, неорганизованность, импульсивность. Часто выражают протест по поводу предписанного лечения, поскольку уверены в отсутствии значимости заболевания и возможности врача, его компетентности.

Таким образом, для пациентов с низким уровнем приверженности лечению, страдающих хроническим соматическим заболеванием, характерны такие субъектные качества, как непостоянство, импульсивность, эмоциональная неустойчивость, недоверие по отношению к другим, слабая мотивация выздоровления, протестная позиция по отношению к медицинскому пер-

соналу. В ряде случаев низкий уровень приверженности лечению связан с близким окружением, а именно: отсутствием эмоциональной поддержки со стороны родных и близких: конфликты в семье, самоизоляция больного, отказ от помощи. Неприятие и недоверие к методам лечения со стороны родных и близких также оказывают негативное влияние на приверженность лечению, повышенная требовательность. Сложными для курации являются пациенты, имеющие, низкую мотивацию к соблюдению рекомендаций врача, что обычно заканчивается нарушением больничного режима. В некоторых случаях, даже имея желание, пациенты в силу неразрешенных социально-психологических проблем испытывают трудности при соблюдении режима приема препаратов, что, в свою очередь, не позволяет завершить полный курс лечения. Так, например, в процессе беседы пациенты отмечали, что важную роль для них играют не только высокие профессиональные качества врача, но и его личностные характеристики, такие, как: общительность, доброжелательность, дипломатичность, организованность, внимательность.

В результате проведенного исследования было выявлено, что пациенты, страдающие хроническим соматическим заболеванием, проявляющие низкую приверженность терапии, характеризуются низким уровнем развития субъектных качеств. Полученные данные свидетельствуют о нестабильности эмоциональной сферы пациента, негативном или пессимистичном отношении к производимой терапии. Они не стремятся точно соблюдать режим, так как постоянно сомневаются в его необходимости. Этот факт можно объяснить протестом к назначениям врача. На наш взгляд, повышение саморегуляции, ответственности, самостоятельности у таких пациентов, будет способствовать повышению их приверженности лечению.

2.3. Разработка, реализация и оценка эффективности психокоррекционной работы, направленной на повышение приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием

С целью повышения саморегуляции, самостоятельности, формирования интернальности, способствующих повышению приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием, нами была разработана программа психологической коррекции.

Анализ результатов констатирующей диагностики позволил определить задачи психокоррекционной работы:

1. Формирование стрессоустойчивости.
2. Обучение навыкам саморегуляции поведения, развитие регуляторной гибкости.
3. Повышение коммуникативной компетентности, самостоятельности суждений.
4. Развитие интернальности поведения.
5. Повышение адаптационного потенциала личности, жизнестойкости, целеполагания, формирование позитивного восприятия будущего.
6. Развитие способности к самонаблюдению, формирование навыков рефлексии.
7. Систематическое и целенаправленное оказание психологического сопровождения.

Психокоррекционная программа предусматривает проведение 20 групповых занятий, продолжительностью 1 час.

Ведущими принципами психокоррекционной работы являлись:

1. Принцип единства психодиагностики и психокоррекции, который отражает единство процесса оказания психологической помощи как особого вида практической деятельности психолога.

2. Принцип конфиденциальности, указывающий, что любая информация, полученная в ходе реализации коррекционно-развивающей программы, не подлежит разглашению.

3. Принцип профилактической направленности основан на теории проактивного совладания. Проактивное, или опережающее совладание рассматривается, как попытка человека предвосхитить потенциальные стрессоры и действовать упреждающе с целью профилактики и нивелирования их негативного влияния.

4. Принцип учета возрастно-психологических и индивидуальных особенностей клиента.

5. Деятельностный принцип коррекции. Данный принцип определяет сам предмет приложения коррекционных усилий, выбор средств и способов достижения цели, тактику проведения коррекционной работы, пути и способы реализации поставленных целей.

Этапы психокоррекционной программы:

1. Установочный этап – включающий в себя сбор диагностического материала;

2. Коррекционно-развивающий этап;

3. Заключительный этап: анализ и подведение итогов работы.

Методические средства реализации программы: позитивная психотерапия, арт-терапия, техники психодрамы, упражнения когнитивно-поведенческого направления, техники релаксации, дыхательная гимнастика.

Структура занятия:

1. Ритуал приветствия.

2. Основное содержание занятий – совокупность психотехнических упражнений и приемов, направленных на решение задач данного занятия.

3. Рефлексия: выражение эмоционального отношения к занятию.

Тематическое планирование коррекционно-развивающей программы отражено в таблице 2.1.

Таблица 2.1.

Тематическое планирование программы «Психокоррекция субъектных качеств как предпосылки развития приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием»

Занятие	Содержание занятия
<p>ЗАНЯТИЕ 1. Цель: знакомство, установление правил, создание мотивации для дальнейших встреч посредством акцентирования важности наличия цели в жизни.</p>	<p>Знакомство. Ознакомление с правилами. Упражнение «Ваше представление о времени» Упражнение «Стрела жизни» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 2. Цель: повышение адаптационного потенциала личности, планирования будущего.</p>	<p>Упражнение «Переоценка ценностей» Упражнение «Моя жизнь» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 3. Цель: снятие эмоционального напряжения; обучение способам отреагирования негативных эмоций, формирование жизнестойкости.</p>	<p>Упражнение «Я и мои чувства» Упражнение «Письмо будущему себе» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 4. Цель: обучение навыкам саморегуляции, гибкости поведения, работа с соматическим симптомом.</p>	<p>Упражнение «Образ моего тела» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 5. Цель: формирование гибкости поведения, снижение эмоционального напряжения, развитие рефлексии.</p>	<p>Упражнение «Мои эмоции» Упражнение «Я умею, я могу» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 6. Цель: развитие способности прогнозирования и планирования, развитие навыков рефлексии.</p>	<p>Упражнение «Сделаю потом» Упражнение «Откладывание со дня на день» Упражнение «Через три года» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 7. Цель: формирование активной жизненной позиции.</p>	<p>Упражнение «Сделай это сейчас» Упражнение «Обязываться» Упражнение «Твоя жизнь» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 8. Цель: развитие целеполагания.</p>	<p>Упражнение «Лестница достижений» Упражнение «Предсказание будущего» Упражнение «Возможности» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 9. Цель: формирование интернальности, самопринятия.</p>	<p>Упражнение «Я-реальное» и «Я-идеальное» Упражнение «Кто Я?» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 10. Цель: развитие эмоциональной саморегуляции, формирование уверенного поведения, поиск ресурсного состояния.</p>	<p>Упражнение «Техника состояний» Упражнение «Закончи предложения» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 11. Цель: формирование гибкости поведения, жизнестойкости, позитивного вос-</p>	<p>Упражнения «Коллаж» Упражнение «Восстановление дома». Рефлексия</p>

приятя будущего.	
<p>ЗАНЯТИЕ 12. Цель: формирование рефлексии, ответственности, активной жизненной позиции.</p>	<p>Упражнение «Колесо жизненного баланса» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 13. Цель: работа с соматическим симптомом, снятие мышечного напряжения</p>	<p>Упражнение «Отождествление/разотождествление» Упражнение на снятие мышечных зажимов Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 14. Цель: формирование уверенного поведения, обучение навыкам снижения эмоционального напряжения, развитие рефлексии.</p>	<p>Упражнение. «Работа с неуверенностью в себе». Упражнение «История моей болезни» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 15. Цель: формирование уверенного поведения, обучение навыкам снижения эмоционального напряжения, работа с соматическим симптомом.</p>	<p>Упражнение «Части тела» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 16. Цель: осознание реакции своего тела и общего состояния; обучение способам выражать своё состояние; снятие стрессового напряжения.</p>	<p>Упражнение «Силуэт человека» Упражнение «Цветные звуки моего тела» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 17. Цель: осознание реакции своего тела и общего состояния; работа с образом болезни, формирование навыков рефлексии.</p>	<p>Упражнения «Преимущества моей болезни» Упражнение «Рисуем себя» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 18. Цель: осознание телесных ощущений; снятие стрессового напряжения, работа с образом болезни, развитие рефлексии.</p>	<p>Упражнение «Симптом болезни» Упражнение «Мое здоровье» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 19. Цель: формирование интернальности.</p>	<p>Упражнение «Анализ жизненной ситуации» Упражнение «Коллапс якорей» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 20. Цель: развитие гибкости, самостоятельности, формирование образа здоровой личности.</p>	<p>Упражнение «Я здоров» Упражнение «Я в будущем» Рефлексия</p>

2. Подробно психокоррекционная программа представлена в приложении

По итогу реализации психокоррекционной программы сравнили показатели испытуемых с низким уровнем приверженности лечению до и после психокоррекционной программы. По результатам контрольной диагностики получены данные, указывающие на положительную динамику.

В результате проведенного исследования выявили, что пациенты, страдающие хроническим соматическим заболеванием, характеризующиеся низким уровнем развития таких компонентов саморегуляции, как: гибкость, самостоятельность, самоконтроль проявляют низкую приверженность терапии. После психокоррекционной программы, направленной на коррекцию субъектных качеств, несколько повысился показатель приверженности лечению.

Результаты изучения субъектных качеств (а именно: показателей саморегуляции) у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием, представлены на рисунке 2.3.7.

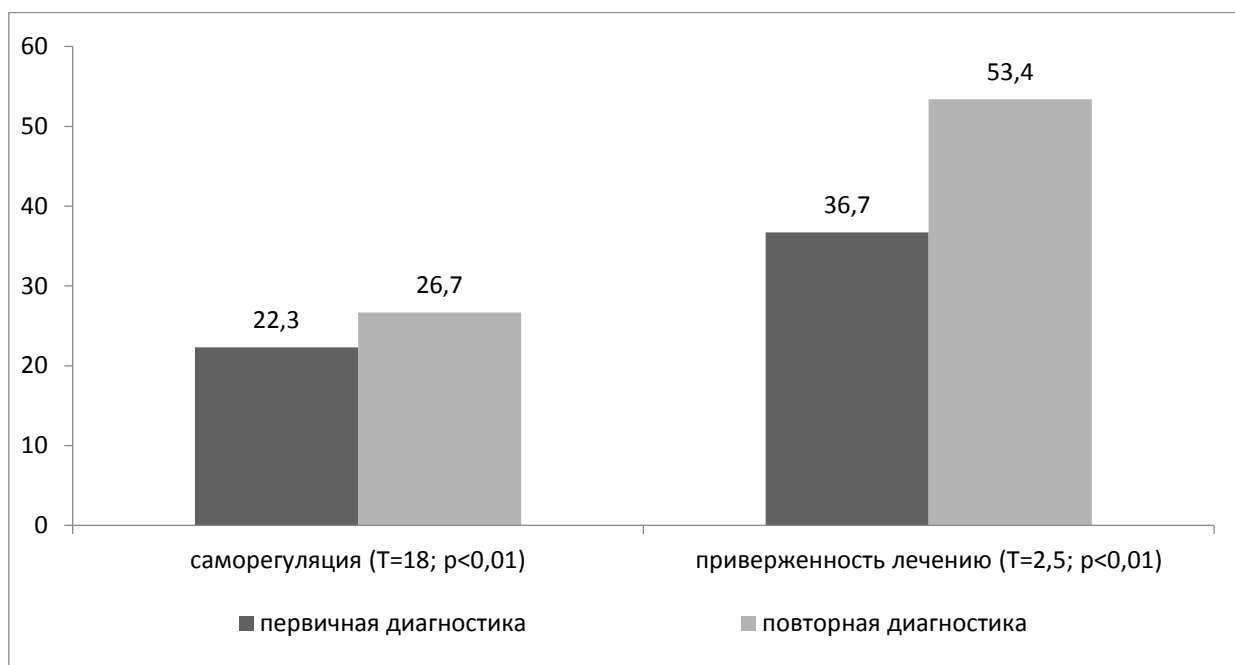


Рис 2.3.7. Выраженность саморегуляции у пациентов с разным уровнем приверженности лечению после психокоррекции (средние значения)

Как видно из рисунка 2.3.7., выявлены различия по показателю «саморегуляция» (T=18; p<0,01) и «приверженность лечению» (T=2,5; p<0,01). По результатам изучения саморегуляции выявили, что респонденты более гибко реагируют на меняющиеся условия, стремятся осознанно планировать свою деятельность, менее подвержены перепадам настроения, более эмоционально устойчивы. При высокой мотивации к выздоровлению способны формировать такой стиль саморегуляции, который позволяет компенсировать влияние

субъектных характеристик, препятствующих достижению цели. Повышение регуляторных функций способствовало повышению приверженности лечению пациентов. Саморегуляция выступает предпосылкой развития приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием.

Более детальное изучение компонентов саморегуляции у респондентов после психокоррекции отражено на рисунке 2.3.8.

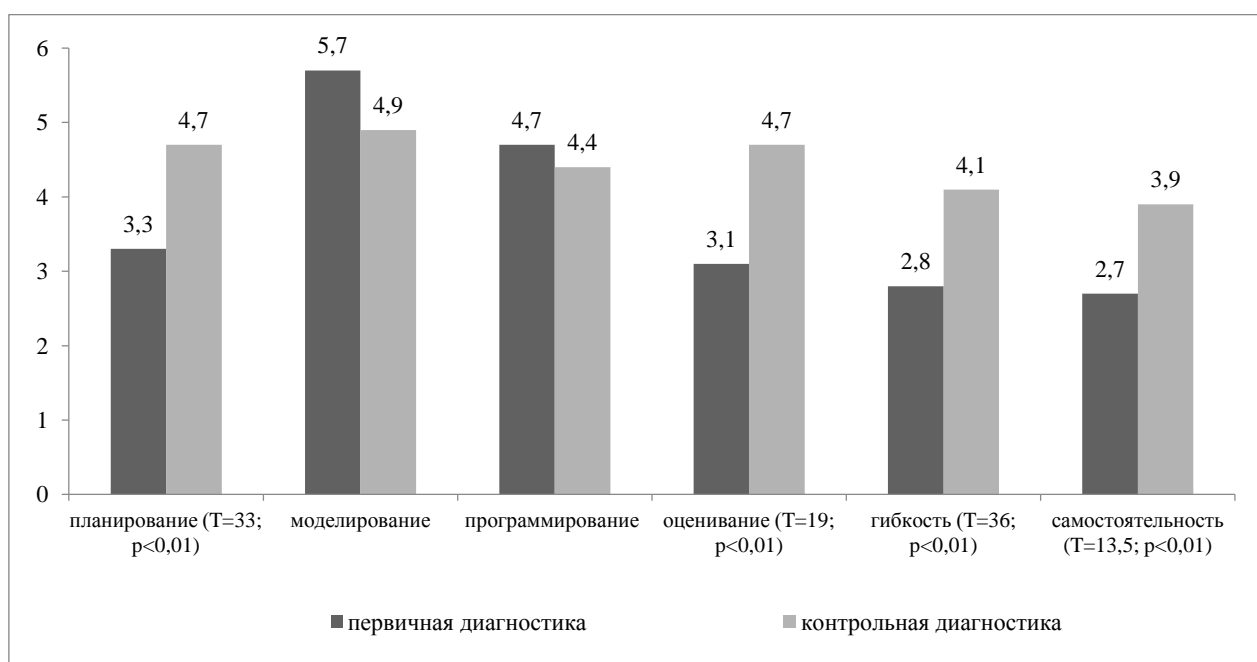


Рис. 2.3.8. Выраженность компонентов саморегуляции у респондентов после психокоррекционной программы (средние значения)

Исходя из данных, представленных на рисунке 2.3.8., после программы психокоррекции наблюдается небольшая динамика по показателям. Обнаружены различия по параметрам: «планирование» (T=33; p<0,01), «оценивание» (T=19; p<0,01), «гибкость» (T=36; p<0,01), «самостоятельность» (T=13,5; p<0,01).

Полученные результаты по шкале «планирование» указывают на то, что респонденты, страдающие хроническим соматическим заболеванием, стали более ясно осознавать свои цели, планировать свою деятельность, стала более сформирована способность к целеполаганию.

По результатам определили, что пациенты не стали ограничиваться только ближними целями, но и ставят перед собой более долгосрочные цели. Их поведение стало несколько более последовательным, планирование реалистичным. Они стали более обнадеживающе оценивать ситуацию заболевания, что говорит о сформированности ресурса к выздоровлению, повышении адаптационного потенциала личности.

Результаты по шкале «оценивание» свидетельствуют о том, что респонденты стали более объективно оценивать ситуацию, свое положение, свои действия, рациональный компонент стал преобладать над эмоциональными оценками. Данный аспект опосредованно указывает на сформированность ответственности за свое здоровье, сознание своей активной роли в процессе выздоровления.

Показатели по шкале «гибкость» позволяют сказать, что пациенты, страдающие хроническим соматическим заболеванием, стали легче и быстрее включаться в работу, что было заметно по их активности в процессе психокоррекционной работы, оперативнее выполнять монотонную деятельность, быстрее переключаться с одного вида деятельности на другой. Их поведение стало более гибким, они стали менее категоричными в суждениях и оценках.

Данные по шкале «самостоятельность» свидетельствуют о стремлении испытуемых активно высказывать свое мнение, самостоятельно планировать свою деятельность, формулировать цели.

По результатам беседы и наблюдения обнаружили, что пациенты стали более уверенно чувствовать себя в незнакомых ситуациях, с незнакомыми людьми, что повлияло на показатели приверженности лечению.

Результаты изучения локуса контроля после психокоррекционной программы отражены на рисунке 2.3.9.

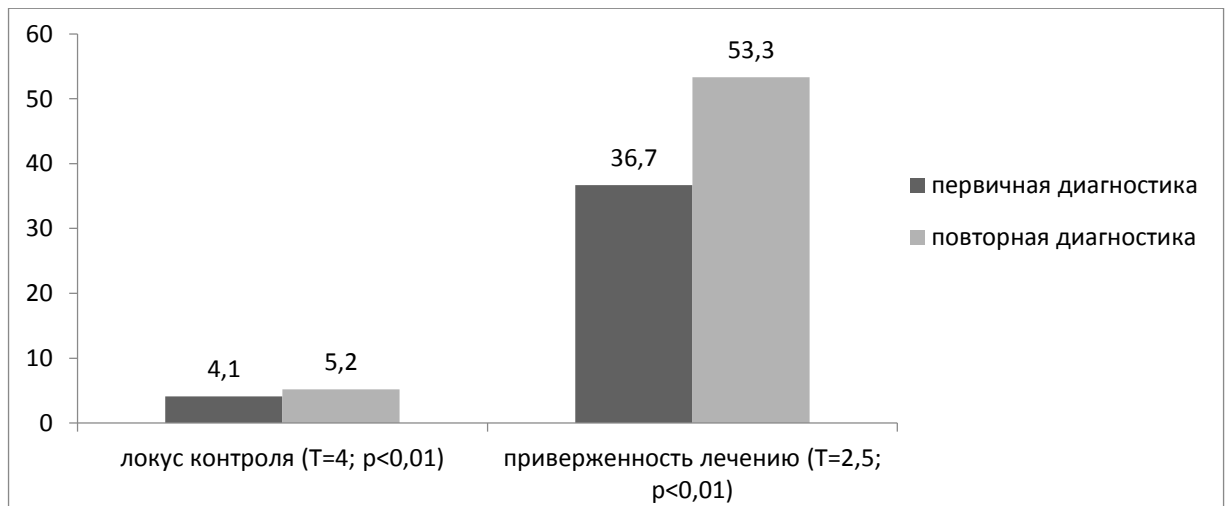
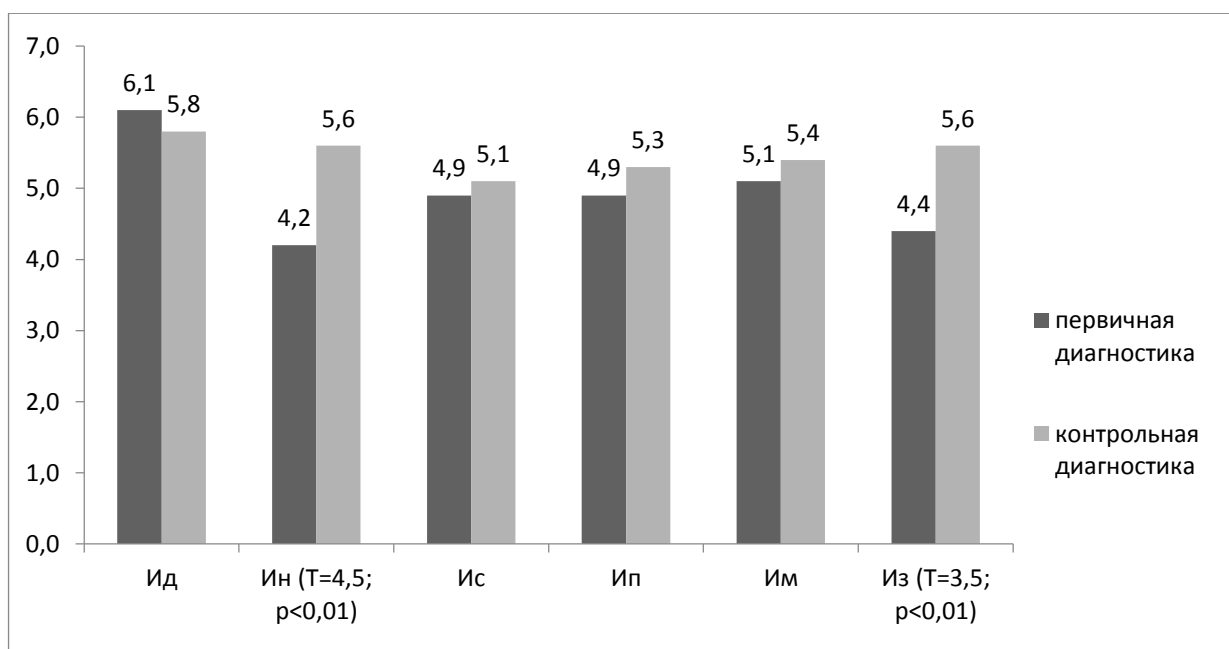


Рис. 2.3.9. Выраженность локуса контроля и приверженности лечению у респондентов после психокоррекции (средние значения)

Как следует из рисунка 2.3.9., выявлены различия по показателю «локус контроля» (T=4; p<0,01). Это свидетельствует о том, что респонденты стали больше возлагать на себя ответственность за свою жизнь и события, происходящие с ними. Появилось чувство контроля над значимыми ситуациями. Они стали осознавать, что события в их жизни являются в большей степени результатом их действий, что они могут ими управлять и, следовательно, берут на себя ответственность за свою жизнь в целом. Повышение локуса контроля, интернальности как свойства личности, способствует повышению приверженности лечению.

Более детальное изучение локуса контроля у пациентов с хроническим соматическим заболеванием после психокоррекции представлено на рисунке 2.3.10.



Условные обозначения: *Ио* - шкала общей интернальности, *Ид* - шкала интернальности в области достижений, *Ин* - шкала интернальности в области неудач, *Ис* - шкала интернальности в области семейных отношений, *Ип* - шкала интернальности в области производственных отношений, *Им* - шкала интернальности в области межличностных отношений, *Из* - шкала интернальности в отношении здоровья и болезни

Рис. 2.3.10. Выраженность показателей субъективного контроля у пациентов после психокоррекционной программы (средние значения)

Как видно из рисунка 2.10., выявлены значимые различия по шкалам «интернальность в области неудач» ($T=4,5$; $p<0,01$), «интернальность в отношении здоровья и болезни» ($T=3,5$; $p<0,01$). Различия по шкале «интернальность в области неудач» указывают на то, что пациенты, страдающие хроническим соматическим заболеванием, стали чаще брать ответственность на себя за неудачи, происходящие с ними. У них стало более сформировано чувство субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям.

Результаты по шкале «интернальность в отношении здоровья и болезни» указывают на то, что после психокоррекционной программы несколько повысился показатель по данной шкале, а, следовательно, респонденты начали осознавать свою роль и значимость в процессе выздоровления. Они стали считать себя во многом ответственным за своё здоровье и полагать, что выздоровление зависит преимущественно от их действий.

Таким образом, в результате психокоррекционной программы респонденты стали более ответственно и активно включаться в процесс лечения, верить, что упорство и прилагаемые усилия позволят им достичь поставленных целей.

Результаты исследования приверженности лечению после психокоррекционной программы представлены на рисунке 2.3.11.

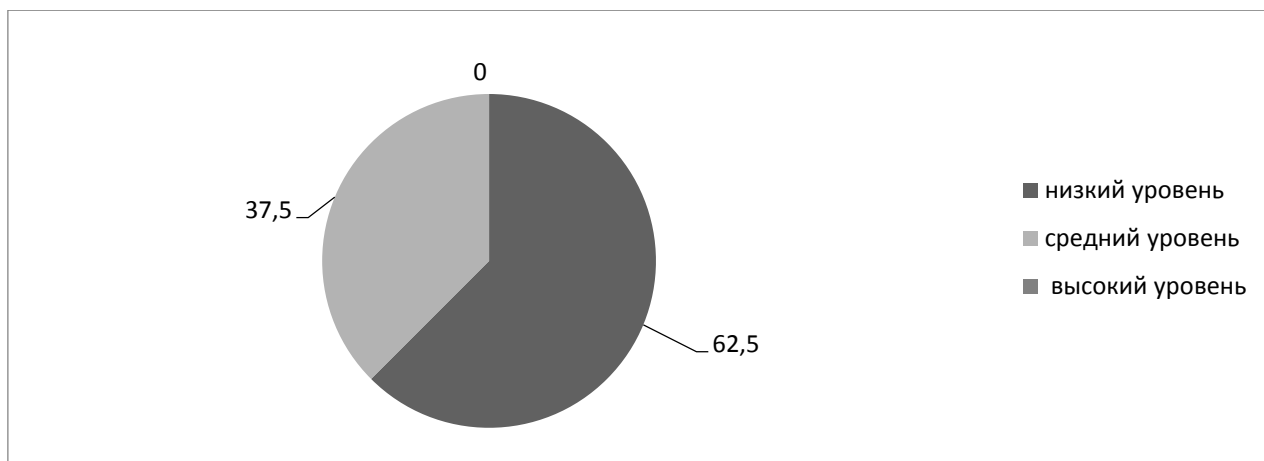


Рис. 2.3.11. Распределение респондентов по показателю приверженности лечению после психокоррекционной программы(%)

Как следует из рисунка 2.3.11., для 37,5% респондентов характерен средний уровень приверженности лечению. Такие пациенты характеризуются как личности с неопределенной и неустойчивой позицией по отношению к лечению. Они действуют по ситуации. С одной стороны они привержены лечению, с другой отрицают ее необходимость, что, в некоторой степени, зависит от мотивации и личной выгоды.

Пациенты, относящиеся к данной группе, характеризуются как эмоционально нестабильные, с переменчивым настроением. Склонны недооценивать тяжесть заболевания, что может привести к неполному и некачественному выполнению врачебных предписаний.

Для 62,5% респондентов характерен низкий уровень приверженности лечению. Им свойственна независимость, ориентация на собственное мнение. Они недооценивают тяжесть заболевания, упускают возможные последствия

и осложнения, связанные с отсутствием или пренебрежением своевременной помощи. Для них характерны: непостоянство, эмоциональная нестабильность, импульсивность поведения, конфронтация с медицинским персоналом, что негативно сказывается на эффективности лечения.

Таким образом, коррекция субъектных качеств пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием, стали более ориентированными на процесс выздоровления, начали доверять медицинскому персоналу.

По данным исследования выявлены различия в выраженности показателей приверженности лечению у респондентов после психокоррекции. Результаты представлены на рисунке 2.3.12.

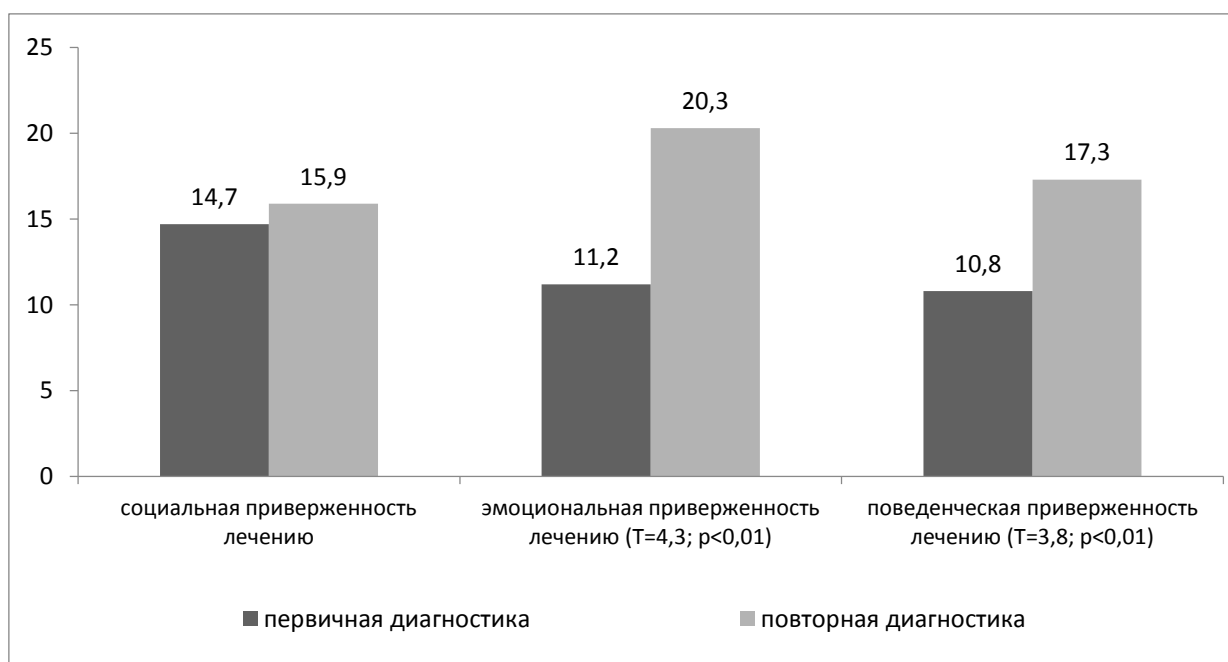


Рис. 2.3.12. Выраженность приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием (средние значения)

Исходя из данных, представленных на рисунке 2.3.12., после психокоррекционной программы несколько изменились показатели приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием. Выявлены различия по показателям: «эмоциональная приверженность лечению» (T=4,3; p<0,01), «поведенческая приверженность лечению» (T=3,8; p<0,01).

Полученные результаты указывают на то, что у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием, наблюдается стремление к соблюдению врачебных рекомендаций, которое обусловлено повышенной впечатлительностью и чувствительностью. Они стали прислушиваться к медицинскому персоналу, выполнять врачебные рекомендации, направленные на преодоление болезни. Однако показатель приверженности лечению не превысил средних значений, что говорит о необходимости целенаправленной продолжительной работы. Средний показатель приверженности лечению влечет за собой снижение эффективности проводимой терапии, развитие осложнений, ухудшение социального взаимоотношения врача и пациента.

По результатам исследования наша гипотеза подтвердилась: пациенты, характеризующиеся недостаточной сформированностью субъектных качеств: саморегуляции, самостоятельности, интернальности, проявляют низкую приверженность терапии. Использование психокоррекционной программы, направленной на повышение уровня субъектных качеств у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием, способствует повышению приверженности лечению.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Соблюдение регулярного выполнения пациентом назначений лечащего врача является на сегодняшний день залогом эффективной терапии любого заболевания, особенно это относится к хронической патологии.

Высокий уровень ответственности и самостоятельности пациента по отношению к своему здоровью способствуют формированию активной позиции в проводимых лечебно-профилактических мероприятиях. Это значит, что, занимая активную позицию по отношению к своему выздоровлению, человек соблюдает рекомендации врача, более ориентирован на процесс лечения, проявляет доверие к врачу и методам лечения. Если пациенты, страдающие хроническим соматическим заболеванием, активны и видят в себе источник активности, то это позволяет не только успешно проводить медикаментозную терапию, но и достигать результатов в реабилитационных, психокоррекционных мероприятиях, что приведет к положительной динамике соматического состояния. Пациенты с «внутренним» локусом контроля болезни более привержены лечению, более ответственны и активны в процессе лечения, в то время как пациенты с «внешним» локусом контроля демонстрируют противоположные результаты.

Такие качества, как ответственность, самостоятельность, активность, автономность, саморегуляция в ряде исследований определяются в качестве параметров субъектности. В связи с этим исходной предпосылкой нашего исследования явилось предположение о том, что субъектные качества могут обуславливать позицию человека по отношению к своему здоровью.

Субъектность проявляется, в первую очередь, в развитии осознанной саморегуляции активности, в самодетерминации. Основываясь на исследованиях данных авторов, под субъектными качествами мы понимаем способность к самоконтролю и самоуправлению в реализации значимых аспектов жизни человека, проявление гибкости и самостоятельности в изменяющихся условиях (например, по отношению к собственному здоровью и болезни).

По результатам исследования определили, что большинство респондентов характеризуются низким уровнем приверженности лечению. Такие пациенты зачастую недооценивают тяжесть заболевания, в связи с чем, склонны не выполнять рекомендации, готовы вступать в конфронтацию с лечащим врачом, отстаивая свою точку зрения. Они характеризуются отрицанием болезни, низкими волевыми качествами.

Пациенты, склонные занимать обособленную позицию по отношению к окружающим, не доверяющие врачам и медицинскому персоналу, проявляют низкую приверженность лечению. Им свойственна независимость, ориентация на собственное мнение. Респонденты стремятся недооценивать тяжесть заболевания, упускают возможные последствия и осложнения, связанные с отсутствием или пренебрежением своевременной помощи. Для них характерны: непостоянство, эмоциональная нестабильность, импульсивность поведения, что негативно сказывается на эффективности лечения.

Согласно полученным результатам, пациентам с хроническим соматическим заболеванием свойственен низкий уровень способности к планированию деятельности, к построению алгоритма действий, целеполаганию, что влияет на приверженность лечению. Они не способны проявлять гибкость, тяжело адаптируются в трудных жизненных ситуациях (например, ситуация заболевания), действуют импульсивно, эмоциональная сфера преобладает над рациональными суждениями, им свойственны перепады настроения, сложности в организации своей деятельности. Такие пациенты не могут своевременно и быстро планировать поведение и деятельность, адекватно реагировать на изменения привычной ситуации. В результате их деятельность зачастую неуспешна, они некритично следуют чужим рекомендациям. Респонденты с экстернальным локусом контроля характеризуются низким уровнем приверженности лечению. Они чаще неудачи приписывают внешним обстоятельствам, характеризуются меньшей терпимостью к другим и повышенной агрессивностью, воспринимают ситуацию болезни и выздоровления, как независимую от их воли, действий, не верят в свои возможности

контролировать ситуацию.

С целью повышения саморегуляции, самостоятельности, формирования интернальности, способствующих повышению приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием, нами была разработана программа психологической коррекции.

После проведения психокоррекционной программы респонденты стали более гибко реагировать на меняющиеся условия, стремятся осознанно планировать свою деятельность, менее подвержены перепадам настроения, более эмоционально устойчивы. При высокой мотивации к выздоровлению способны формировать такой стиль саморегуляции, который позволяет компенсировать влияние субъектных характеристик, препятствующих достижению цели. Они стали более уверенно чувствовать себя в незнакомых ситуациях, с малознакомыми людьми.

В результате психокоррекционной программы респонденты начали более ответственно и активно включаться в процесс лечения, верить, что упорство и прилагаемые усилия позволят им достичь поставленных целей. Полученные результаты указывают на то, что у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием, наблюдается стремление к соблюдению врачебных рекомендаций, которое обусловлено повышенной впечатлительностью и чувствительностью. Они стали прислушиваться к медицинскому персоналу, выполнять врачебные рекомендации, направленные на преодоление болезни. Однако показатель приверженности лечению не превысил средних значений, что говорит о необходимости целенаправленной продолжительной работы.

Таким образом, было выявлено, что субъектные качества пациентов связаны со степенью выраженности приверженности лечению.

По результатам исследования сформулируем выводы:

1. Пациенты, страдающие хроническим соматическим заболеванием, проявляют низкий уровень приверженности лечению.

2. Респонденты, характеризующиеся непостоянством, импульсивностью, эмоциональной неустойчивостью, недоверием по отношению к другим, слабой мотивацией выздоровления, протестной позицией по отношению к медицинскому персоналу, отличаются более низким уровнем приверженности лечению.

3. У респондентов недостаточно сформирована саморегуляция, самостоятельность, способность к планированию и оцениванию результатов деятельности.

4. Для пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием, характерен экстернальный локус.

5. Психокоррекционная программа, направленная на развитие субъектных качеств: саморегуляции, самостоятельности, интернальности, способствовала повышению приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием.

По результатам исследования наша гипотеза подтвердилась: пациенты, характеризующиеся недостаточной сформированностью субъектных качеств: саморегуляции, самостоятельности, интернальности, проявляют низкую приверженность терапии. Использование психокоррекционной программы, направленной на повышение уровня субъектных качеств у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием, способствует повышению приверженности лечению.

Нами сформулированы рекомендации для пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием:

1. В момент психоэмоционального напряжения постараться успокоиться посредством дыхательных техник и упражнений для саморегуляции.

2. Развитие интернальности как свойства личности, стремление возлагать на себя ответственность за события, происходящие в жизни.

3. Активно принимать участие в лечебном процессе, выполнять рекомендации врача, осознавая, что выздоровление зависит от включенности пациента в лечебный процесс.

4. В ситуации эмоционального напряжения постараться переключиться на деятельность, вызывающую положительные эмоции.

5. Переоценивать значимость событий с целью гармонизации эмоционального состояния.

6. По возможности вести активный образ жизни.

7. В проблемных ситуациях обращаться за психологической помощью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абульханова, К.А. Принцип субъекта в отечественной психологии / К.А. Абульханова // Психология. Журнал ВШЭ. – 2005. – №4. – С. 3-21.
2. Андрющенко, О.Е. Развитие субъекта заботы о своем здоровье как проблема ценностного самоопределения человека / О.Е. Андрющенко, Е.С. Садовников // Социум и власть. – 2015. – №3 (53). – С.21-23.
3. Анкудинов, А.С. Факторы прогноза хронической сердечной недостаточности у высококомплаентных пациентов / А.С. Анкудинов, А.Н. Калягин, С.С. Омана// Сибирское медицинское обозрение. – 2017. – №2 (104).– С.56-60.
4. Афанасенкова, Т.Е. Сравнительная оценка комплаенса у пациентов, страдающих гастритом, хроническим гепатитом и циррозом печени, находящихся на лечении у врача общей практики и участкового терапевта / Т.Е. Афанасьева, Т.Н. Янковая // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2011. – №1. – С.7-9.
5. Бардынина, В.А. Психолого-педагогические условия развития субъектности студентов-психологов в процессе обучения в вузе [Текст]: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук (19.00.07) / Бардынина Виктория Алексеевна; ГОУ ВПО «Белгородский государственный университет». – Курск, 2008. – 23 с.
6. Белоколодов, В.В. Приверженность к лечению у наркозависимых / В.В. Белоколодов// Вестник ЧГУ. – 2014. – №2. – С.195-199.
7. Билялова, Г.Н. Изучение комплаентности к терапии пациентов с высоким коронарным риском / Г.Н. Билялова // Наука и здравоохранение. – 2014. – №1. – С.65-67.
8. Брушлинский, А.В. Субъект: мышление, учение, воображение/ А.В. Брушлинский. – 2-е изд., испр. – М.: МПСИ, 2003. – 408 с.
9. Василенко, Т.Д. Роль характеристик ситуации хронического соматического заболевания в трансформации ценностно-смысловой сферы лич-

- ности // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. – 2011. – №29 (246). – С.76-81.
10. Василенко, Т.Д. Смысловые аспекты телесного опыта хронического соматического заболевания / Т.Д. Василенко, А.В. Селин, Ф.Ю. Мангушев // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2016. – №2. – С.116-121.
 11. Василенко, Т.Д. Социально-психологические факторы в изменении смысловой сферы личности в ситуации хронического соматического заболевания / Т.Д. Василенко // Вестник ВятГУ. – 2010. – №3. – С.131-137.
 12. Викторова, И.А. Влияние социально-демографических и психологических факторов на приверженность к антигипертензивной терапии /И.А. Викторова, М.В. Лисняк, Д.И. Трухан // Сибирское медицинское обозрение. – 2014. – №5 (89). – С.75-78.
 13. Викторова, И.А. Некомплаентное поведение у тревожных пациентов с артериальной гипертонией: фокус на немедикаментозный способ лечения как средство повышения комплаентности / И.А. Викторова, М.В. Лисняк, Н.М. Ахмеджанов, Д.В. Небиеридзе // РФК. – 2016. – №6. – С.661-668.
 14. Вольская, Е.А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях // Ремедиум. – 2013. – № 11. – С. 6–15.
 15. Гнедова, С.В. Влияние социальной ситуации и состояния здоровья на развитие личностных особенностей школьников: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1999.– 18 с.
 16. Гнездилов, А. В. Психология и психотерапия потерь. СПб.: Речь, 2007. 288 с.
 17. Горячева, Т.Г. Роль детско-родительских отношений в психическом развитии подростков, оперированных по поводу врожденного порока сердца в раннем возрасте: Автореф. дис. ... канд. психол.наук. – М., 1995. – 20 с.

18. Данилов, Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации / Д.С. Данилов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. –2014. – № 2. – С. 4-12.
19. Ермакова, Н.Г. Психотерапевтическая среда при реабилитации больных с последствиями инсульта - одна из форм терапии средой / Н.Г. Ермакова // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. – 2016. – №2. – С.45-59.
20. Жуламанова, Г.М. Приверженность к терапии (комплаенс) как путь оптимизации лечения гипертонической ангиоэнцефалопатией в условиях амбулаторной практики / Г.М. Жуламанова // Журнал «Нейрохирургия и неврология Казахстана». - 2011. - №2 (23). - С. 22-24.
21. Зелинский, С.М. Представление о своей болезни у детей, страдающих сахарным диабетом / С.М. Зелинский // Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей.– Л., 1990.– С. 55–59.
22. Зикеева, Л.Д. Невротические реакции у больных хроническим гломерулонефритом и хроническим пиелонефритом / Л.Д. Зикеева // Клиническая медицина.– 1974.– № 9.– С. 43–48.
23. Качковский, М.А. Приверженность лечению больных с фибрилляцией предсердий в условиях амбулаторно поликлинической практики / М.А. Качковский, В.В. Симерзин, О.В. Краснослободская// Известия Самарского научного центра РАН. – 2010. – №1-6. – С.1606-1609.
24. Кирщина, И.А. Повышение комплаентности хронических больных как аспект фармацевтической помощи / И.А. Кирщина, А.В. Солонина, А.Д. Каткова // Вестник РУДН. Серия: Медицина. – 2013. – №6. – С.54-57.
25. Коваленко, Н.А. Эмоциональный и телесный опыт ребенка с бронхиальной астмой: автореф. дис. ... канд. психол. наук.– М.,1998.– 21 с.
26. Ковтун, Ю.Ю. Субъектные качества личности в структуре экологического сознания медицинских работников [Текст]: автореф. дис. на со-

- иск. учен.степ. канд. психол. наук (19.00.01) / Ковтун Юлия Юрьевна; ФГБНУ ПИ РАО. – Москва, 2017. – 26 с.
27. Козловский, В.И. Приверженность к терапии у пациентов с артериальной гипертензией II степени. Обзор литературы и собственные данные / В.И. Козловский, А.В. Симанович // Вестник ВГМУ.– 2014.– №2.– С.6-16.
 28. Койчуев, А.А. Приверженность в лечении: методики оценки, технологии коррекции недостаточной приверженности терапии / А.А. Койчуев// Медицинский вестник Северного Кавказа. –2013. –№3.– С.65-69.
 29. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев. – М., Политиздат, 2013 – 304 с.
 30. Ложкина, Л.И. Психологические аспекты комплаенса: постановка проблемы / Л.И. Ложкина // Ежемесячный научно-практический медицинский журнал. – 2015.–№2. – С.81-82.
 31. Лукина, Ю.В. Проблема приверженности в современной медицине: возможности решения, влияние на результативность терапии и исходы заболевания / Ю.В. Лукина, Н.П. Кутишенко, С.Ю. Марцевич // РФК. - 2017. - №4. - С.519-524.
 32. Марцевич, С.Ю. Изучение параметров переносимости и приверженности к терапии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и артериальной гипертензией на фоне лечения фиксированной комбинацией рамиприла и амлодипина (по результатам наблюдательного исследования «Гранат-2») / С.Ю. Марцевич [и др.] // РФК.– 2017.– №2. –С.229-237.
 33. Моросанова, В.И. Индивидуальные особенности осознанной саморегуляции произвольной активности человека / В.И. Моросанова // вестник московского университета. Серия 14. Психология - 2010. - №1 - С.36-45.

34. Муладжанова, Т.Н. Психологический анализ изменений личности у больных хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении гемодиализом: автореф. дис. ... канд. псих.наук.– М., 1983.
35. Налётов, С.В. Зависимость уровня комплаентности от психотипа больных артериальной гипертензией, находящихся в условиях конфликта в Донбассе / С.В. Налётов, М.М. Алесинский, Е.Н. Налётова // Дальневосточный медицинский журнал. –2016.– №4.– С.14-17.
36. Налётова, Е.Н. Влияние повышения комплаентности на показатели суточного мониторирования артериального давления больных гипертонической болезнью, находящихся в условиях гуманитарной блокады Донбасса / Е.Н. Налётова, М.М. Алесинский, С.В. Налётов // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье».– 2017. –№3.– С.5-10.
37. Незнанов, Н.Г. Проблема комплаенса в клинической психиатрии / Н.Г. Незнанов, В.Д. Вид // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – 4. – С. 8–14.
38. Николаев, Н.А. Количественная оценка приверженности к лечению в клинической медицине: протокол, процедура, интерпретация / Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко, В.В. Жеребилов // Качественная клиническая практика.– 2016. –№1.– С.50-59.
39. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: МГУ, 1987. –168 с.
40. Олейников, В.Э. Эффективность антигипертензивной терапии у пожилых пациентов и анализ приверженности лечению / В.Э. Олейников [и др.] // РФК. –2014.– №4.– С.391-396.
41. Осницкий, А.К. Регуляторный опыт, субъектная активность и самостоятельность человека / А.К. Осницкий// Психологические исследования.– 2009.– № 6 (8).
42. Пилевина, Ю.В., Психосоматические особенности и комплаентность больных с хронической сердечной недостаточностью / Ю.В. Пилевина,

- А.Н. Шишкин, Н.Н. Петрова // Вестник СПбГУ. Серия 11. Медицина. – 2010.– №3. –С.68-75.
43. Поппе, Г.К. Внутренняя картина болезни у детей с бронхиальной астмой / Г.К. Поппе, Л.Б. Броуде// Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. – Л., 1990.– С. 49–55.
44. Пьянзова, Т.В. Мероприятия по повышению приверженности лечению больных туберкулезом в Российской Федерации / Т.В. Пьянзова, Н.Н. Вежнина// МвК. –2014.– №3.– С.5-10.
45. Разуваева, Т.Н. Взаимосвязь субъективного восприятия болезни и приверженности лечению пациентов с инсультом / Т.Н. Разуваева, О.В. Муравьева // Научные ведомости БелГУ. Серия: Гуманитарные науки. –2016. –№28 (240).– С.176-179.
46. Рассказова, Е.И. Психологическое содержание «Ипохондрического дискурса»: связь ценности заботы о здоровье с отношением к телу, болезни и лечению / Е.И. Рассказова, В.В. Гульдан, А.Ш. Тхостов // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. –2016.– №2.– С.60-70.
47. Рубинштейн, Л.С. Основы общей психологии / Л.С. Рубинштейн. - 2-е изд.- СПб: Питер, 2012 – 713 с.
48. Русских, О.А. Внутренняя картина болезни и внутренняя картина здоровья в рисунках пациентов с последствиями инсульта / О.А. Русских // Вестник Прикамского социального института. –2016. –№1 (73). –С.60-63.
49. Саад, В.А. Этнопсихологические различия отношений к болезни у подростков: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 1996. – 22 с.
50. Самарина, М.А. Биометрические аспекты восприятия хронических соматических заболеваний / М.А. Самарина, С.В. Тырановец, В.М. Ялтонский // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2015. – Спецвыпуск. - Ч. 2. - С.317-319
51. Сарычева, А.А. Можно ли улучшить приверженность к лечению артериальной гипертензии и дислипидемий у пациентов без клинических

- проявлений атеросклероза? / А.А. Сарычева, Д.В. Небиеридзе, Т.В. Камышова // РФК. - 2017. - №5. - С.602-608.
52. Селин, А.В. Трансформация жизненного пути личности в ситуации хронического соматического заболевания / А.В. Селин // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. –2008.– №80. – С.498-505.
53. Соболева, М.С. Оценка фармацевтическими специалистами приверженности пациентов к применению сердечно-сосудистых лекарственных препаратов / М.С. Соболева // Дальневосточный медицинский журнал. –2015.– №3. –С.83-85.
54. Соболева, М.С. Факторы приверженности к терапии сердечно-сосудистых заболеваний по данным современных исследований / М.С. Соболева // Клиницист. –2017.– №2.– С.33-39.
55. Соколова, Е.Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях: -позитивных наркозависимых пациентов / Э.П. Станько, С.А. Игумнов // Медицинский вестник Юга России. –2013.– №3.– С.78-85.
56. Строкова, Е.В. Приверженность длительному лечению кардиологических пациентов с легкой и умеренной депрессией: неэффективность антидепрессивной терапии пирлиндолом в рандомизированном исследовании / Е.В. Строкова, Е.А. Наумова, Ю.Г. Шварц // РФК. –2012. – №1. –С.45-50.
57. Суркова, Е.В. Приверженность медикаментозному лечению при сахарном диабете второго типа: результаты анкетирования больных / Е.В. Суркова, О.Г. Мельникова // Сахарный диабет. – 2009. – № 1. – С. 48-50.
58. Ткачев, В.Н. Развитие субъектности студентов-психологов в учебно-профессиональной деятельности / В.Н. Ткачев, В.А. Бардынина // Научные ведомости БелГУ. – 2008. – №11 (51). – С.146-150
59. Тхостов, А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. –287 с.

60. Филякова, Е.Г. Образ Я детей с хроническими соматическими заболеваниями (бронхиальная астма и гастродуоденальная патология) / Е.Г. Филякова, В.В. Николаева, В.Н. Касаткин // Педиатрия. – 2002.–№4. – С. 97-103.
61. Фролова, Ю.В. Социальный портрет и приверженность к лечению больного туберкулезом / Ю.В. Фролова, Н.С. Корнышова, Ю.С. Астра-тенко // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. –2011.– №2.– С.33-36.
62. Фролова, О.В. Психологические особенности больных хроническими соматическими заболеваниями / О.В. Фролова // КПЖ.– 2009.– №9-10.– С.104-112.
63. Шишкин, А.Н. Влияние комплайенса на эффективность терапии у па-циентов с хронической сердечной недостаточностью / А.Н. Шишкин, Ю.В. Пилевина / Вестник СПбГУ. Серия 11. Медицина. –2011.– №4.– С.3-10.
64. Штрахова, А.В. Мотивационный компонент внутренней картины бо-лезни как фактор приверженности к терапии у больных соматическими заболеваниями с витальной угрозой / А.В. Штрахова, Э.В. Арсланбеко-ва // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. –2011. –№29 (246).– С.82-89.
65. Яковлев, В.В. Новый подход к исследованию приверженности лечению как аспекту здоровьесберегающей деятельности субъекта / В.В. Яко-влев, Н.В. Яковлева // Личность в меняющемся мире: здоровье, адапта-ция, развитие.– 2015. –№2 (9).– С.69-75.
66. Ястребов, В.С. Проблемы патернализма и партнерства в психиатрии // Психиатрия. – 2012. – №4(56). – С. 7–13.
67. Haynes RB. Introduction. In: Compliance in Health Care. Haynes RB, Sack-ett DL, Taylor DW, editors. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979. P. 1–18.

68. Sackett DL. Introduction and the magnitude of compliance and noncompliance. In: Compliance with therapeutic regimens. Sackett DL, Haynes RB, editors. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1976. P. 1–25.
69. Jin, J. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective / J. Jin, G.E. Sklar, M.N. Oh, S.C. Li // Therapeutics and Clinical Risk Management. - 2008 - Vol. 4.- № 1 — P. 269–286.
70. Paschal, A.M. Measures of adherence to epilepsy treatment: review of present practices and recommendations for future directions / A.M. Paschal, S.R. Hawley, T.S. Romain // Epilepsia. - 2008 - Vol.49.- № 7 - P. 1115-1122.
71. Horne, R. Compliance, adherence and concordance / R. Horne // Pharmacy Practice. - London: Taylorand Francis, 2001 - 184 p.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Психодиагностические методики

Опросник «Уровень комплаентности» (Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук)

Тест ориентирован на выявление уровня приверженности лечению, которая в свою очередь представлена тремя составляющими:

- социальная приверженность лечению - стремление соответствовать предписаниям врача обусловленное ориентацией на социальное одобрение.
- эмоциональная приверженность лечению - склонность к соблюдению врачебных рекомендаций, обусловленное повышенной впечатлительностью и чувствительностью.
- поведенческая приверженность лечению - стремление к соблюдению врачебных рекомендаций направленное на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие.

При составлении опросника использовались следующие принципы:

- вопрос может относиться только к одному виду комплаентного поведения
- вопросы формулируются таким образом, чтобы в наибольшей степени ослабить влияние общественного одобрения ответа на вопрос.

Опросник состоит из 66 вопросов, на которые испытуемый отвечает «всегда», «иногда» или «никогда».

Обработка результатов.

После того, как испытуемый оценит себя, подсчитываются баллы по 3-м вариантам проявления своего комплаентного поведения. Для этого используется «Ключ», с помощью которого подсчитываются баллы по каждому виду комплаентного поведения.

Ключ к опроснику «Уровень приверженности лечению»

Вид приверженности лечению	Номера ответов, соответствующие каждому из параметров
Социальная приверженность лечению	2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 18, 25, 26, 34, 40, 42, 43, 48, 50, 52, 55, 60, 64, 65,
Эмоциональная приверженность лечению	1, 4, 5, 13, 16, 17, 21, 24, 27, 28, 31, 33, 38, 41, 46, 49, 54, 56, 58, 59, 62, 66
Поведенческая приверженность лечению	6, 12, 15, 19, 20, 22, 23, 29, 30, 32, 35, 36, 37, 39, 44, 45, 47, 51, 53, 57, 61, 63

Оценка результата

За каждый положительный ответ, соответствующий ключу, начисляется 2 балла. За каждый отрицательный ответ – 0 баллов.

За неопределенный ответ – 1 балл.

Далее подсчитывается суммарный показатель по каждому из параметров.

От 0 до 15 – не выраженный показатель комплаентного поведения. От 16 до 29 баллов – средне-выраженный показатель комплаентного поведения. От 30 до 40 балла – значительно выраженный показатель комплаентного поведения.

Общая приверженность лечению представлена суммой всех показателей комплаентного поведения и выражается, следующим образом:

От 0 до 40 – низкий уровень приверженности лечению. От 41 до 80 – средний уровень приверженности лечению.

От 81 до 120 – высокий уровень приверженности лечению.

Опросник «Уровень комплаентности» для людей, страдающих хроническими заболеваниями

Инструкция: Перед Вами 66 вопросов. Выберете наиболее соответствующий Вам вариант ответа из трех предложенных: «Всегда», «Иногда», «Никогда». Отвечайте, пожалуйста, не задумываясь, помните, что не бывает хороших или плохих ответов.

Вопросы

1. Я расстраиваюсь, если пропустил (а) прием препаратов.
2. Если я чувствую, что сегодня могу обойтись без лекарств, то, несмотря ни на что, соблюдаю предписания врача, так как думаю, что врач не одобрит перерыв в лечении.
3. Я не осуществляю лечение вопреки врачебным предписаниям.
4. Если я по какой-либо причине не выполнил (а) предписания врача, то сразу сообщаю ему об этом.
5. Я очень переживаю перед посещением лечащего врача.
6. Я считаю, что болезнь - это просто препятствие, которое нужно преодолеть.
7. Я предпочитаю принимать известные, проверенные, разрекламированные лекарства.
8. Я часто забываю принять лекарство, если его надо принять за какое-то время перед едой.
9. Я бы хотел (а), чтобы врач думал, что я в состоянии самостоятельно следить за режимом приема препаратов.
10. Мне кажется, что мой врач осуждает меня за то, как я соблюдаю режим приема препаратов, и я стараюсь этого избежать.
11. Я обращаюсь за помощью только к тому врачу, которого мне посоветовали как самого компетентного в данной области.
12. Я абсолютно согласен (а) со всеми назначениями врача.
13. Я в точности слеую указаниям врача.
14. Я обращаюсь к врачу при первых симптомах заболевания, так как сильно обеспокоен (а) своим здоровьем.
15. Я помню, когда и какие препараты, мне необходимо принимать.
16. Если симптомы болезни отступают практически сразу, то я все равно продолжаю предписанное лечение.
17. Я точно знаю, что нужно делать, если внезапно начнется приступ обострения моего заболевания.
18. Когда речь заходит о возможных осложнениях, я испытываю сильный страх.
19. У меня возникает приступ паники, когда речь идет о моём заболевании.
20. Если люди говорят, что «врач хороший», то я готов (а) доверить ему свое здоровье.
21. Когда я начинаю лечение, я ставлю перед собой цель – вылечиться.
22. Я ответственный человек, и к лечению отношусь соответственно.
23. Я рассказываю лечащему врачу о возникающих у меня беспокойствах по поводу осложнений заболевания.
24. Я уверен (а), что справлюсь с болезнью.

25. Если в ходе лечения появляются трудности, я стараюсь сделать все, что бы их преодолеть.
26. Я точно соблюдаю инструкцию и предписания врача, несмотря на тревогу, связанную с возможными побочными эффектами.
27. Я чувствую себя спокойно, если знаю, что не доставляю лишних хлопот своему лечащему врачу.
28. Ответственно подхожу ко всем назначениям врача.
29. Многие говорят, что в основе преодоления болезни лежит выполнение врачебных предписаний, и я тоже придерживаюсь этого же мнения.
30. Прием лекарств вызывает у меня чувство тревоги, которая связана с приемом препаратов.
31. После приема лекарств у меня бывают перепады настроения.
32. Выходя из дома, я проверяю, взял (а) ли с собой необходимое лекарство.
33. Решая свои проблемы со здоровьем, я, как правило, не могу обойтись без посторонней помощи.
34. Мне кажется, что я слишком сильно озабочен (а) состоянием своего здоровья.
35. Я советуюсь с врачом, когда решаю отказаться от приема препаратов.
36. С нетерпением жду следующего приема лекарств, так как боюсь его пропустить.
37. Считаю, что люди, которые халатно относятся к предписаниям доктора, рискуют своим здоровьем
38. Если у меня дурное самочувствие, я стараюсь его перебороть.
39. Когда я болею, меня больше всего угнетает, то, что люди начинают меня сторониться.
40. Я стараюсь перебороть болезнь и работать (учиться) как прежде.
41. Всеми силами стараюсь не поддаваться болезни.
42. Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением.
43. Я был (а) бы готов (а) на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни.
44. Я хотел (а) бы лечиться у такого врача, у которого большая известность.
45. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал (а) врачу что-то важное, что может повлиять на успех лечения.
46. Я испытываю дискомфорт, если не вовремя принимаю лекарство.
47. Когда я болею, мне стыдно признаться в этом даже самым близким людям.
48. Я бы не хотел (а) обременять своим заболеванием близких мне людей.
49. Я не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе).
50. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем.
51. Думаю, что приём лекарств, способствует моему выздоровлению
52. Меня тревожит то, что болезнь может существенно отразиться на моём будущем.
53. Я всеми силами стараюсь победить болезнь.
54. Стараюсь не разочаровывать своего лечащего врача, и поэтому следую всем его рекомендациям.
55. Придерживаясь предписаний врача, я долго волнуюсь по поводу того, что могу сделать что-то неверно.
56. Охотно выслушиваю наставления, касающиеся моего здоровья.
57. Стараюсь придерживаться здорового образа жизни для поддержания оптимального состояния своего здоровья.
58. Если врач говорит, что я болен (а), значит – надо лечиться!
59. Для того, чтобы начать лечение, мне необходимо знать его последовательность.

60. Если я чувствую эмоциональную поддержку и заботу врача, то я с удовольствием следую его рекомендациям.

61. Если назначенные процедуры /препараты доставляют мне дискомфорт, я все равно продолжаю лечение, так как не могу разочаровать врача.

62. Я переживаю, если мой лечащий врач советует перейти на более новый препарат взамен старому.

63. Я считаю, что в основе эффективного лечения лежат близкие, доверительные отношения с врачом.

64. Мне спокойно за свое состояние здоровья, когда врач в хорошем расположении духа.

65. Когда моему здоровью угрожает опасность, и я не в состоянии с ней справиться, то понимаю, что мне поможет только мой врач.

66. Так как я очень обеспокоен (а) состоянием своего здоровья, я готов (а) принимать любые препараты, назначенные врачом.

Интерпретация

Высокий уровень социальной комплаентности (ВСК), говорит о том, что для такого испытуемого преимущественно характерно стремление вступать в доверительные отношения с врачом, опираться на его мнение, быть зависимым от него. Нуждается в поддержке. Озабочен впечатлением которое он производит на окружающих, в частности на врача, который воспринимается им как значимое лицо. В связи с этим стремится беспрекословно выполнять его рекомендации. Советуется с ним по поводу беспокойств и сомнений, возникающих в процессе лечения. Такой человек часто обеспокоен тем, что способен обременить кого-то лишними заботами из-за своей болезни.

Средне-выраженный уровень социальной комплаентности (ССК), говорит о том, что испытуемый, относящийся к данной группе, характеризуется как человек с неопределенной социальной позицией. Он привык действовать по ситуации. С одной стороны он привержен лечению, с другой отрицает ее необходимость. Это зависит от его мотивации и личной выгоды.

Низкий уровень социальной комплаентности (НСК), говорит о том, что для испытуемого не свойственна данная форма поведения. Он независим, ориентирован на собственные решения, вряд ли станет советоваться с врачом, по поводу каких – то изменений в процессе лечения. В любой ситуации стремится иметь собственное мнение, часто не согласен с мнением врача, а иногда склонен вступать в открытые конфронтации. Стремится в любой ситуации доказать свою точку зрения, считая ее единственно верной. При отсутствии баллов по данному параметру, возможна склонность испытуемого к противопоставлению себя лечащему персоналу и возможно даже сознательное избегание выполнения врачебных рекомендаций, с целью утверждения своих позиций и в доказательство своей собственной независимости и самостоятельности.

Высокий уровень эмоциональной комплаентности (ВЭК), говорит о том, что для такого испытуемого преимущественно характерна впечатлительность, импульсивность, чувствительность. Для него картина мира представлена таким образом, что если дело доходит до врача, то «это уже серьезно!» Он всячески готов способствовать процессу лечения, так как это приобретает для него истинную значимость. Он склонен излишне беспокоиться о последствиях или о возможных неудачах лечения, при этом своим долгом считает проконсультироваться с лечащим врачом и оповестить его о всех своих переживаниях. Наличие заболевания способствует частым переменам настроения, излишней тревожности, впечатлительности. Личность, как правило, безвольная, поэтому стремится переложить ответственность за принятие решений на врача, а себе оставляет роль «исполнителя». Так как врач принимает эмоциональную значимость для пациента, он стремится к точному и беспрекословному выполнению всех его рекомендаций.

Средне-выраженный уровень эмоциональной комплаентности (СЭК), говорит о том, что испытуемый, относящийся к данной группе, характеризуется как человек эмоционально неустойчивый. Человек настроения, иногда он склонен соблюдать предписанные врачом рекомендации, иногда он сомневается в необходимости такого лечения. Склонен так же недооценивать всей значимости и важности собственного заболевания, что может привести к неполному и некачественному выполнению врачебных предписаний.

Низкий уровень эмоциональной комплаентности (НЭК), говорит о том, что испытуемый характеризуется, как эмоционально зрелый, устойчивый, невозмутимый. Ориентируется только на рациональные и логичные способы преодоления болезни. Как правило, подвергает сомнению врачебные рекомендации, находя их неразумными, ничемными и бесполезными. Сдержан, несентиментален, практичен, рассудителен, самоуверен. Склонен недооценивать тяжесть заболевания, упуская при этом возможные последствия и осложнения. Пренебрегает некоторыми аспектами лечения, рекомендованное врачом. Может отказаться от посещения важных процедур и изменения режима дня.

Высокий уровень поведенческой комплаентности (ВПК). Такие пациенты характеризуется стремлением к точному соблюдению врачебных рекомендаций направленных на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие. Для человека с высоким уровнем поведенческой комплаентности характерно целенаправленность в соблюдении врачебных предписаний, стабильность, готовность не смотря ни на что, справиться с болезнью. Ориентирован на достижение цели в ситуации болезни - выздоровление, добросовестно выполняет рекомендации врача, соблюдает режим. Врача воспринимает как коллегу и надеется, на то, что вместе они смогут победить болезнь.

Средне-выраженный уровень поведенческой комплаентности (СПК), говорит о том, что испытуемый, относящийся к данной группе, характеризуется как человек с неопределенной поведенческой позицией. Он благоразумен, осторожен, рассудителен. Склонен к озабоченности, беспокойству о будущем, пессимистично относится к результатам лечения, сдержан в проявлении эмоций. Не всегда готов идти на риск, связанный с лечением его заболевания, так как не уверен в положительном результате. Однако уверен в том, что самостоятельно преодолеть болезнь он не в состоянии. Не стремится точно соблюдать режим, так как постоянно сомневается в его необходимости.

Низкий уровень поведенческой комплаентности (НПК), говорит о том, что для испытуемого характерна склонность к непостоянству, подверженность влиянию чувств, случая и обстоятельств, что отрицательно сказывается на эффективности лечения. Потворствует своим желанием, не делает усилий по выполнению врачебных требований и рекомендаций. Неорганизован, безответствен, импульсивен. Выражает протест по поводу предписанного лечения, так как уверен в отсутствии значимости заболевания и рассчитывает на то, что «все само по себе пройдет».

Общая комплаентность

Высокий уровень комплаентности (ВОК). Для человека с высоким уровнем комплаентности характерно, стремление вступать в доверительные отношения с врачом, опираться на его мнение, быть зависимым от него. Озабочен впечатлением которое он производит на окружающих, в частности на врача, который воспринимается им как значимое лицо. В связи с этим стремится беспрекословно выполнять его рекомендации. Советуется с ним по поводу беспокойств и сомнений, возникающих в процессе лечения. Такой больной часто обеспокоен тем, что способен обременить кого-то лишними заботами из-за своей болезни. Он впечатлителен, импульсивен, чувствителен. Для него картина мира представлена таким образом, что если дело доходит до врача, то «это уже серьезно!» Он всячески готов способствовать процессу лечения, так как это приобретает для него истинную значимость. Он склонен излишне беспокоится о последствиях или о возможных неудачах лечения, при этом своим долгом считает проконсультироваться с лечащим врачом и оповестить его о всех своих переживаниях. Так как врач принимает эмоциональную значимость для пациента, он стремится к точному и беспрекословному выполнению всех его

рекомендаций. Пациент, готов не смотря ни на что, справится с болезнью. Ориентирован на достижение цели в ситуации болезни - выздоровление, добросовестно выполняет рекомендации врача, соблюдает режим. Врача воспринимает как коллегу и надеется, на то, что вместе они смогут победить болезнь.

Средний уровень комплаентности (СОК). Испытуемый, относящийся к данной группе, характеризуется как человек с неопределенной позицией, по отношению к лечению. Он привык действовать по ситуации. С одной стороны он привержен лечению, с другой отрицает ее необходимость. Это зависит от его мотивации и личной выгоды. Больной, относящийся к данной группе, характеризуется как человек эмоционально неустойчивый. Человек настроения. Склонен так же недооценивать всей значимости и важности собственного заболевания, что может привести к неполному и некачественному выполнению врачебных предписаний. Пациент склонен к озабоченности, беспокойству о будущем, пессимистично относится к результатам лечения, сдержан в проявлении эмоций. Не всегда готов идти на риск, связанный с лечением его заболевания, так как не уверен в положительном результате. Однако уверен в том, что самостоятельно преодолеть болезнь он не в состоянии. Не стремится точно соблюдать режим, так как постоянно сомневается в его необходимости.

Низкий уровень комплаентности (НОК). Такой пациент независим, ориентирован на собственные решения, вряд ли станет советоваться с врачом, по поводу каких – то изменений в процессе лечения; В любой ситуации стремится иметь собственное мнение, часто не согласен с мнением врача, а иногда склонен вступать в открытые конфронтации. Стремится в любой ситуации доказать свою точку зрения, считая ее единственно верной. Эмоционально зрелый, устойчивый, невозмутимый. Ориентируется только на рациональные и логичные способы преодоления болезни.

Как правило, подвергает сомнению врачебные рекомендации, находя их неразумными, никчемными и бесполезными. Сдержан, несентиментален, практичен, рассудителен, самоуверен. Склонен недооценивать тяжесть заболевания, упуская при этом возможные последствия и осложнения. Пренебрегает некоторыми аспектами лечения, рекомендованного врачом. Может отказаться от посещения важных процедур и изменения режима дня. Потворствует своим желаниям, не делает усилий по выполнению врачебных требований и рекомендаций.

Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова)

В отечественной психологии стиль чаще описывают через устойчивые индивидуальные особенности выполнения деятельности, детерминированные свойствами индивидуальности самых различных уровней и спецификой деятельности, в которых стиль формируется.

Стилевые особенности саморегуляции являются типичными для человека и наиболее существенные индивидуальные особенности саморегуляции и управления внешней и внутренней целенаправленной активностью, устойчиво проявляющиеся в различных её видах.

Феномен стиля саморегуляции проявляется в том, каким образом человек планирует и программирует достижение жизненных целей, учитывает значимые внешние и внутренние условия, оценивает результаты и корректирует свою активность для достижения субъективно-приемлемых результатов, в том в какой мере процессы саморегуляции развиты и осознаны. Индивидуальный стиль саморегуляции характеризуется комплексом стилевых особенностей регуляторики. К ним относятся типичные для данного человека особенности регуляторных процессов, реализующих основные звенья системы саморегуляции (планирование, программирование, моделирование, оценивание результатов), а также регуляторно-личностные свойства, или инструментальные свойства личности, такие как самостоятельность, надежность, гибкость и т.д. В силу универсальности функциональной структуры регуляции для самых разных видов психической активности и деятельности в

стиле саморегуляции проявляется общая регуляторная основа индивидуальности, которая является предпосылкой формирования конкретных стилей деятельности в различных её видах.

Утверждения опросника ССП не имеют непосредственной связи со спецификой какой-либо профессиональной деятельности, а построены на типичных жизненных ситуациях. С помощью данной методики можно решать такие практические задания, как выявление индивидуального профиля различных регуляторных процессов и уровня развитости общей саморегуляции как регуляторных предпосылок успешности овладения новыми видами деятельности. Методика также может быть использована для исследования проблем регуляторных механизмов поведения при различной личностной типологии. Так автор методики В.И. Моросанова предполагает, что структура индивидуальных особенностей саморегуляции, в частности, характер профиля саморегуляции детерминирована личностными структурами различного уровня. По существу речь идет о том, что индивидуальная система саморегуляции опосредует влияние сложившихся личностных структур на особенности реализуемой целенаправленной активности. И более того, в процессе постижения новых для субъекта целей может происходить формирование таких особенностей саморегуляции, которые могут способствовать, быть выражением развития новообразований – личностных свойств.

Опросник ССП-98 состоит из 46 утверждений, входящих в состав шести шкал, выделяемых в соответствии с основными регуляторными процессами (планирования, моделирования, программирования, оценки результатов) и регуляторно-личностными свойствами (гибкости и самостоятельности). В состав каждой шкалы входят по девять утверждений. Структура опросника такова, что ряд утверждений входят в состав сразу двух шкал в связи с тем, что их можно отнести к характеристике как регуляторного процесса, так и свойств регуляции.

Шкала *«Планирование»* характеризует индивидуальные особенности целеполагания и удержания целей, уровень сформированности у человека осознанного планирования деятельности. При высоких показателях по этой шкале у субъекта сформирована потребность в осознанном планировании деятельности, планы в этом случае реалистичны, детализированы, иерархичны, действенны и устойчивы, цели деятельности выдвигаются самостоятельно. У испытуемых с низкими показателями по шкале потребность в планировании развита слабо, планы подвержены частой смене, поставленная цель редко бывает достигнута, планирование не действенно, малореалистично. Такие испытуемые предпочитают не задумываться о своём будущем, цели выдвигают ситуативно и обычно несамостоятельно.

Шкала *«Моделирование»* позволяет диагностировать индивидуальную развитость представлений о системе внешних и внутренних значимых условий, степень их осознанности, детализированности и адекватности. Испытуемые с высокими показателями по шкале способны выделять значимые условия достижения целей, так в текущей ситуации, так и в перспективном будущем, что проявляется в адекватности программ действий планам деятельности, соответствии получаемых результатов принятым целям. В условиях неожиданно меняющихся обстоятельств, при смене образа жизни, переходе на другую систему работы такие испытуемые способны гибко изменять модель значимых условий и, соответственно, программу действий. У испытуемых с низкими показателями по шкале слабая сформированность процессов моделирования приводит к неадекватной оценке значимых внутренних условий и внешних обстоятельств, что проявляется в фантазировании, которое может сопровождаться резкими перепадами отношения к развитию ситуации, последствиям своих действий. У таких испытуемых часто возникают трудности в определении цели и программы действий, адекватных текущей ситуации, они не всегда замечают изменение ситуации, что также часто приводит к неудачам.

Шкала *«Программирование»* диагностирует индивидуальную развитость осознанного программирования человеком своих действий. Высокие показатели по этой шкале говорят о сформировавшейся у человека потребности продумывать способы своих дей-

ствий и поведения для достижения намеченных целей, детализированности и развернутости разрабатываемых программ. Программы разрабатываются самостоятельно, они гибко изменяются в новых обстоятельствах и устойчивы в ситуациях помех. При несоответствии полученных результатов целям производится коррекция программ действий до получения приемлемой для субъекта успешности. Низкие показатели по шкале программирования говорят о неумении и нежелании субъекта продумывать последовательность своих действий. Такие испытуемые предпочитают действовать импульсивно, они не могут самостоятельно сформировать программу действий, часто сталкиваются с неадекватностью полученных результатов целям деятельности и при этом не вносят изменений в программу действий, действуя путем проб и ошибок.

Шкала *«Оценивание результатов»* характеризует индивидуальную развитость и адекватность оценки испытуемым себя и результатов своей деятельности и поведения. Высокие показатели по этой шкале свидетельствуют о развитости и адекватности самооценки, сформированности и устойчивости субъективных критериев оценки успешности достижения результатов. Субъект адекватно оценивает как сам факт рассогласования полученных результатов с целью деятельности, так и приведшие к нему причины, гибко адаптируясь к изменению условий. При низких показателях по этой шкале испытуемые не замечают своих ошибок, не критичны к своим действиям. Субъективные критерии успешности недостаточно устойчивы, что ведет к резкому ухудшению качества результатов при увеличении объема работы, ухудшении состояния или возникновении внешних трудностей.

Шкала *«Гибкость»* диагностирует уровень сформированности регуляторной гибкости, то есть способности перестраивать систему саморегуляции в связи с изменением внешних и внутренних условий. Испытуемые с высокими показателями по шкале гибкости демонстрируют пластичность всех регуляторных процессов. При возникновении непредвиденных обстоятельств такие испытуемые легко перестраивают планы и программы исполнительских действий и поведения, способны быстро оценить изменения значимых условий и перестроить программу действий. При возникновении рассогласования полученных результатов с принятой целью своевременно оценивают сам факт рассогласования, вносят коррекцию в регуляцию. Гибкость регуляторики позволяет адекватно реагировать на быстрые изменения событий и успешно решать поставленную задачу в ситуации риска. Испытуемые с низкими показателями по шкале гибкости в динамичной, быстро меняющейся обстановке чувствуют себя неуверенно, с трудом привыкают к переменам жизни, смене обстановки и образа жизни. В таких условиях несмотря даже на сформированность процессов регуляции, они не способны адекватно реагировать на ситуацию, быстро и своевременно планировать деятельность и поведение, разрабатывать программу действий, выделять значимые условия, оценивать рассогласование полученных результатов с целью деятельности и вносить коррекции. В результате у таких испытуемых неизбежно возникают регуляторные сбои и, как следствие, неудачи в выполнении деятельности.

Шкала *«Самостоятельность»* характеризует развитость регуляторной автономии. Наличие высоких показателей по шкале самостоятельности свидетельствует об автономности в организации активности человека, его способности самостоятельно планировать деятельность и поведение, организовывать работу по достижению выдвинутой цели, контролировать ход её выполнения, анализировать и оценивать как промежуточные, так и конечные результаты деятельности. Испытуемые с низкими показателями по шкале самостоятельности зависимы от мнений и оценок окружающих. Планы и программы действий разрабатываются несамостоятельно, такие испытуемые часто некритично следуют чужим советам. При отсутствии посторонней помощи у таких испытуемых неизбежно возникают регуляторные сбои.

Опросник в целом работает как единая шкала *«Общий уровень саморегуляции»*, который характеризует общий уровень сформированности индивидуальной системы осо-

знанной саморегуляции произвольной активности человека. Для испытуемых с высокими показателями общего уровня саморегуляции характерна осознанность и взаимосвязанность в общей структуре индивидуальной регуляции регуляторных звеньев. Такие испытуемые самостоятельны, гибко и адекватно реагируют на изменение условий, выдвижение и достижение цели у них в большей степени осознанно. При высокой мотивации достижения они способны формировать такой стиль саморегуляции, который позволяет компенсировать влияние личностных, характерологических особенностей, препятствующих достижению цели. Чем выше общий уровень осознанной саморегуляции, тем легче человек овладевает новыми видами активности, увереннее чувствует себя в незнакомой ситуации тем стабильнее его успехи в привычных видах деятельности. У испытуемых с низкими показателями по данной шкале потребность в осознанном планировании и программировании своего поведения несформированна; они более зависимы от ситуации и мнения окружающих людей. Возможность компенсации неблагоприятных для достижения поставленной цели личностных особенностей у таких испытуемых снижена по сравнению с испытуемыми с высоким уровнем регуляции. Соответственно успешность овладения новыми видами деятельности в большой степени зависит от соответствия стилевых особенностей регуляции и требований осваиваемого вида активности.

Инструкция.

Предлагаем Вам ряд высказываний об особенностях поведения.

Последовательно прочитав каждое высказывание, выберите один из четырех возможных ответов: «Верно», «Пожалуй, верно», «Пожалуй, неверно», «Неверно» и поставьте крестик в соответствующей графе на листе ответов.

Не пропускайте ни одного высказывания. Помните, что не может быть хороших или плохих ответов, так как это не испытание Ваших способностей, а лишь выявление индивидуальных особенностей Вашего поведения.

1. Свои планы на будущее люблю разрабатывать в малейших деталях.
2. Люблю всякие приключения, могу идти на риск.
3. стараюсь всегда приходить вовремя, но тем не менее часто опаздываю.
4. Придерживаюсь девиза «Выслушай совет, но сделай по-своему».
5. Часто полагаюсь на свои способности ориентироваться по ходу дела и не стремлюсь заранее представить последовательность своих действий.
6. Окружающие отмечают, что я недостаточно критичен к себе и своим действиям, но сам я это не всегда замечаю.
7. Накануне контрольных или экзаменов у меня обычно появляется чувство, что не хватило 1-2 дня для подготовки.
8. чтобы чувствовать себя уверенно, необходимо, необходимо знать, что ждет тебя завтра.
9. Мне трудно себя заставить что-либо переделывать, даже если качество сделанного меня не устраивает.
10. Не всегда замечаю свои ошибки, чаще это делают окружающие меня люди.
11. Переход на новую систему работы не причиняет мне особых неудобств.
12. Мне трудно отказаться от принятого решения даже под влиянием близких мне людей.
13. Я не отношу себя к людям, жизненным принципом которых является «Семь раз отмерь, один раз отрежь».
14. Не выношу, когда меня опекают и за меня что-то решают.
15. не люблю много раздумывать о своём будущем.
16. В новой одежде часто ощущаю себя неловко.
17. Всегда заранее планирую свои расходы, не люблю делать незапланированных покупок.
18. Избегаю риска, плохо справляюсь с неожиданными ситуациями.

19. Моё отношение к будущему часто меняется: то строю радужные планы, то будущее кажется мне мрачным.
20. Всегда стараюсь продумать способы достижения цели, прежде чем начну действовать.
21. Предпочитаю сохранить независимость даже от близких мне людей.
22. Мои планы на будущее обычно реалистичны, и я не люблю их менять.
23. В первые дни отпуска (каникул) при смене образа жизни всегда появляется чувство дискомфорта.
24. При большом объеме работы неминуемо ухудшение результатов.
25. Люблю перемены в жизни, смену обстановки и образа жизни.
26. Не всегда вовремя замечаю изменения обстоятельств и из-за этого терплю неудачи.
27. Бывает, что настаиваю на своём, даже когда не уверен в своей правоте.
28. Люблю придерживаться заранее намеченного на день плана.
29. Прежде чем выяснить отношения, стараюсь представить себе различные способы преодоления конфликта.
30. В случае неудачи всегда ищу, что же было сделано неправильно.
31. Не люблю посвящать кого-либо в свои планы, редко слеую чужим советам.
32. Считаю разумным принцип: сначала надо ввязаться в бой, а затем искать средства для победы.
33. Люблю помечтать о будущем, но это скорее фантазии, чем реальность.
34. Стараюсь всегда учитывать мнение товарищей о себе и своей работе.
35. Если я занят чем-то важным для себя, то могу работать в любой обстановке.
36. В ожидании важных событий стремлюсь заранее представить последовательность своих действий при том или ином развитии ситуации.
37. Прежде чем взяться за дело, мне необходимо собрать подробную информацию об условиях его выполнения и сопутствующих обстоятельствах.
38. Редко отступаю от начатого дела.
39. Часто допускаю небрежное отношение к своим обязательствам в случаи усталости и плохого самочувствия.
40. Если я считаю, что прав, то меня мало волнует мнение окружающих о моих действиях.
41. Про меня говорят, что я «разбрасываюсь», не умею отделить главного от второстепенного.
42. Не умею и не люблю за ранее планировать свой бюджет.
43. Если в работе не удалось добиться устраивающего меня качества, стремлюсь переделать, даже если окружающим это не важно.
44. После размышления конфликтной ситуации часто мысленно к ней возвращаюсь, перепроверяю предпринятые действия и результаты.
45. Непринужденно чувствую себя незнакомой компании, новые люди мне обычно интересны.
46. Обычно резко реагирую на возражения, стараюсь думать и делать все по-своему.

Подсчеты показателей опросника производится по ключам, представленным ниже, где «Да» означает положительные ответы, а «Нет» - отрицательные.

Шкала «Планирование»:

Да 1, 8, 17, 22, 28, 31, 36.

Нет 15, 42.

Шкала «Моделирование»:

Да 11, 37.

Нет 3, 7, 19, 23, 26, 33, 41.

Шкала «Программирование»:

Да 12, 20, 25, 29, 38, 43.

Нет 5, 9, 32.

Шкала «Оценка результатов»:

Да 30, 44.

Нет 6, 10, 13, 16, 24, 34, 39.

Шкала «Гибкость»:

Да 2, 11, 25, 35, 36, 45.

Нет 16, 18, 23.

Шкала «Самостоятельность»:

Да 4, 12, 14, 21, 27, 31, 40, 46.

Нет 34.

Шкала «Общий уровень саморегуляции»:

Да 1, 2, 4, 8, 11, 12, 14, 17, 20, 21, 22, 25, 27, 28,
29, 30, 31, 35, 36, 37, 38, 40, 43, 44, 45, 46.

Нет 3, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 15, 16, 18, 19, 23, 24, 26,
32, 33, 34, 39, 41, 42.

**Опросник уровня субъективного контроля (Дж. Роттер, адаптирован
Е.Ф. Бажиным, С.А. Голыкиной, А.М. Эткингом.)**

Инструкция: вам предлагается ряд утверждений. Последовательно прочитайте их и выразите свое отношение к каждому пункту, используя семибальную шкалу от -3 («полностью не согласен») до $+3$ («полностью согласен»). Баллы занесите в бланк ответов.

1. Продвижение по службе больше зависит от удачного стечения обстоятельств, чем от способностей и усилий человека.
2. Большинство разводов происходит от того, что люди не захотели приспособиться друг к другу.
3. Болезнь — дело случая; если уж суждено заболеть, То ничего не поделаешь.
4. Люди оказываются одинокими из-за того, то сами не проявляют интереса и дружелюбия к окружающим.
5. Осуществление моих желаний часто зависит от везения.
6. Бесполезно предпринимать усилия для того, чтобы завоевать симпатии других людей.
7. Внешние обстоятельства, родители и благосостояние влияют на семейное счастье не меньше, чем отношения супругов.
8. Я часто чувствую, что мало влияю на то, что происходит со мной.
9. Как правило, руководство оказывается более эффективным, когда руководитель полностью контролирует действия подчиненных, а не полагается на их самостоятельность.
10. Мои отметки в школе, в институте часто зависят от случайных обстоятельств (например, настроения преподавателя) больше, чем от моих собственных усилий.
11. Когда я строю планы, то, в общем, верю, что смогу осуществить их.
12. То, что многим людям кажется удачей или везением, на самом деле является результатом долгих целенаправленных усилий.
13. Думаю, что правильный образ жизни может больше помочь здоровью, чем врачи и лекарства.
14. Если люди не подходят друг другу, то, как бы они ни старались, наладить семейную жизнь все равно не смогут.
15. То хорошее, что я делаю, обычно бывает по достоинству оценено другими.
16. Люди вырастают такими, какими их воспитывают родители.
17. Думаю, что случай или судьба не играют важной роли в моей жизни.
18. Я не стараюсь планировать далеко вперед, потому что многое зависит от того, как сложатся обстоятельства.

19. Мои отметки в школе больше всего зависели от моих усилий и уровня подготовленности.
20. В семейных конфликтах я чаще чувствую вину за собой, чем за противоположной стороной.
21. Жизнь большинства людей зависит от стечения обстоятельств.
22. Я предпочитаю такое руководство, при котором можно самостоятельно определить, что и как делать.
23. Думаю, что мой образ жизни ни в коей мере не является причиной моих болезней.
24. Как правило, именно неудачное стечение обстоятельств мешает людям добиться успеха в своих делах.
25. В конце концов, за плохое управление организацией ответственны сами люди, которые в ней работают.
26. Я часто чувствую, что ничего не могу изменить в сложившихся обстоятельствах.
27. Если я очень захочу, то смогу расположить к себе почти любого.
28. На подрастающее поколение влияет так много обстоятельств, что усилия родителей по его воспитанию часто оказываются бесполезными.
29. То, что со мною случается, — это дело моих собственных рук.
30. Трудно бывает понять, почему руководители поступают именно так, а не иначе.
31. Человек, который не смог добиться успеха в своей работе, скорее всего, не проявил достаточно усилий.
32. Чаще всего я могу добиться от членов моей семьи того, что хочу.
33. В неприятностях и неудачах, которые были в моей жизни, чаще были виновны другие люди, чем я сам.
34. Ребенка всегда можно уберечь от простуды, если за ним следить и правильно одевать.
35. В сложных обстоятельствах я предпочитаю подождать, пока проблемы не разрешатся сами собой.
36. Успех является результатом упорной работы и мало зависит от случая или везения.
37. Я чувствую, что от меня больше, чем от кого бы то ни было, зависит счастье моей семьи.
38. Мне всегда было трудно понять, почему я нравлюсь одним людям и не нравлюсь другим.
39. Я всегда предпочитаю принимать решение и действовать самостоятельно, а не надеяться на помощь других людей или на судьбу.
40. К сожалению, заслуги человека часто остаются непризнанными, несмотря на все его старания.
41. В семейной жизни бывают такие ситуации, которые невозможно разрешить даже при самом сильном желании.
42. Способные люди, не сумевшие реализовать свои возможности, должны винить в этом только самих себя.
43. Многие мои успехи были возможны только благодаря помощи других людей.
44. Большинство моих неудач произошло от неумения, незнания или лени и мало зависело от везения или невезения.

Подсчитайте сумму Ваших баллов по каждой из семи шкал, при этом вопросы, указанные в столбце «+», берутся со знаком Вашего балла, а вопросы, указанные в столбце «-», изменяют знак Вашего балла на обратный.

1. Шкала Ио + 2, 4, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 25, 27, 29, 31, 32, 34, 36, 37, 39, 42, 44
 — 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 18, 21, 23, 24, 26, 28, 30, 33, 35, 38, 40, 41, 43
2. Шкала Ид + 12, 15, 27, 32, 36, 37 — 1, 5, 6, 14, 26, 43
3. Шкала Ин +2, 4, 20, 31, 42, 44 — 7, 24, 33, 36, 40, 41
4. Шкала Ис + 2, 16, 20, 32, 37 — 7, 14, 26, 28, 41
5. Шкала Ип + 19, 22, 25, 31, 42 —: 1, 9, 10, 24, 30
6. Шкала Им + 4, 27 — 6, 38
7. Шкала Из + 13, 34 —3, 23

Таблица для перевода «сырых» баллов в стены

Ио			Ид			Ин			Ип		
от	до	=	от	до	=	от	до	=	от	до	=
-132	-13	1	-36	-10	1	-36	-7	1	-30	-11	1
-13	-2	2	-10	-6	2	-7	-3	2	-11	-7	2
-2	10	3	-6	-2	3	-3	1	3	-7	-4	3
10	22	4	-2	2	4	1	5	4	-4	0	4
22	33	5	2	6	5	5	8	5	0	4	5
33	45	6	6	10	6	8	12	6	4	7	6
45	57	7	10	15	7	12	16	7	7	11	7
57	69	8	15	19	8	16	20	8	11	14	8
69	80	9	19	23	9	20	24	9	14	18	9
80	132	10	23	36	10	24	36	10	18	30	10
Ис			Им			Из					
от	до	=	от	до	=	от	до	=			
-30	-4	1	-12	-6	1	-12	-3	1			
-4	0	2	-6	-4	2	-3	-1	2			
0	4	3	-4	-2	3	-1	1	3			
4	8	4	-2	0	4	1	3	4			
8	12	5	0	2	5	3	4	5			
12	16	6	2	5	6	4	5	6			
16	20	7	5	7	7	5	7	7			
20	24	8	7	9	8	7	9	8			
24	28	9	9	11	9	9	11	9			
28	30	10	11	12	10	11	12	10			

Отложите свои семь результатов (стен) на семи десятибалльных шкалах и отметьте норму, соответствующую 5,5 стенов. Отклонение вправо (более 5,5 стенов) свидетельствует об интернальном типе контроля (УСК) в соответствующих ситуациях. Отклонение влево от нормы (менее 5,5 стенов) свидетельствует об экстернальном типе УСК.

1. Шкала общей интернальности (Ио). Высокий показатель по этой шкале соответствует высокому уровню субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями. Такие люди считают, что большинство важных событий в их жизни было результатом их собственных действий, что они могут ими управлять, и, таким образом, они чувствуют свою собственную ответственность за эти события и за то, как складывается их жизнь в целом. Низкий показатель по шкале соответствует низкому уровню субъективного контроля. Такие испытуемые не видят связи между своими действиями к значимым для них событиям их жизни, не считают себя способными контролировать их развитие и полагают, что большинство их является результатом случая или действия других людей.

2. Шкала интернальности в области достижений (Ид). Высокие показатели по этой шкале соответствуют высокому уровню субъективного контроля над эмоционально положительными событиями и ситуациями. Такие люди считают, что они сами добились всего, что было и есть в их жизни, и что они способны с успехом добиваться своего в будущем. Низкие показатели по шкале Ид свидетельствуют о том, что человек приписывает свои успехи и достижения обстоятельствам — везению, счастливой судьбе или помощи других людей.

3. Шкала интернальности в области неудач (Ин). Высокие показатели по этой шкале говорят о развитом чувстве субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, что проявляется в склонности обвинять самого себя в разнообразных неприятностях и страданиях. Низкие показатели Ин свидетельствуют о том, что испытуемый склонен приписывать ответственность за подобные события другим людям или считать их результатом невезения.

4. Шкала интернальности в области семейных отношений (Ис). Высокие показатели Ис означают, что человек считает себя ответственным за события, происходящие в его семейной жизни. Низкий Ис указывает на то, что субъект считает партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в его семье.

5. Шкала интернальности в области производственных отношений (Ип). Высокий Ип свидетельствует о том, что человек считает свои действия важным фактором организации собственной производственной деятельности, в складывающихся отношениях в коллективе, в своем продвижении и т.д. Низкий Ип указывает на то, что испытуемый склонен приписывать более важное значение внешним обстоятельствам — руководству, товарищам по работе, везению — невезению.

6. Шкала интернальности в области межличностных отношений (Им). Высокий показатель свидетельствует о том, что человек считает себя в силах контролировать свои формальные и неформальные отношения с другими людьми, вызывать к себе уважение и симпатию. Низкий, напротив, указывает на то, что человек не может активно формировать свой круг общения и склонен считать свои межличностные отношения результатом активности партнеров.

7. Шкала интернальности в отношении здоровья и болезни (Из). Высокие показатели. Показатели Из свидетельствуют о том, что испытуемый считает себя ответственным за свое здоровье: если он болен, то обвиняет в этом себя и полагает, что выздоровление во многом зависит от его действий. Человек с низкими показателями Из считает болезнь результатом случая и надеется, что выздоровление придет в результате действий других, прежде всего врачей.

Программа «Психокоррекция субъектных качеств как предпосылки развития приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием»

С целью повышения саморегуляции, самостоятельности, формирования интернальности, способствующих повышению приверженности лечению у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием, нами была разработана программа психологической коррекции.

Основные этапы коррекционной программы:

1. Установочный этап – включающий в себя сбор диагностического материала;
2. Коррекционно-развивающий этап;
2. Заключительный этап: анализ и подведение итогов работы.

Задачи программы:

1. Формирование стрессоустойчивости.
2. Обучение навыкам саморегуляции поведения, развитие регуляторной гибкости.
3. Повышение коммуникативной компетентности, самостоятельности суждений.
4. Развитие интернальности поведения.
5. Повышение адаптационного потенциала личности, жизнестойкости, целеполагания, формирование позитивного восприятия будущего.
6. Развитие способности к самонаблюдению, формирование навыков рефлексии.
7. Систематическое и целенаправленное оказание психологического сопровождения.

Методические средства реализации программы: игротерапия, арт-терапия, техники психодрамы, упражнения когнитивно-поведенческой терапии.

Структура занятия:

1. Ритуал приветствия (позволяет создать атмосферу группового доверия и принятия).
2. Разминка - воздействие на эмоциональное состояние пациентов (позволяет повысить мотивацию, снять мышечное напряжение, настроить их на продуктивную групповую деятельность).
3. Основное содержание занятий – совокупность психотехнических упражнений и приемов, направленных на решение задач данного занятия.
4. Рефлексия: выражение эмоционального отношения к занятию.
5. Ритуал прощания (по аналогии с ритуалом приветствия).

Сроки реализации программы: общая продолжительность программы составляет 20 групповых занятий, продолжительностью 90 минут.

Тематическое планирование психокоррекционной программы представлено в таблице.

Тематическое планирование программы психологической коррекции, направленной на повышение саморегуляции, самостоятельности, интернальности у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием

Занятие	Содержание занятия
<p>ЗАНЯТИЕ 1. Цель: знакомство, установление правил, создание мотивации для дальнейших встреч посредством акцентирования важности наличия цели в жизни.</p>	<p>Знакомство. Ознакомление с правилами. Упражнение «Ваше представление о времени» Упражнение «Стрела жизни» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 2. Цель: повышение адаптационного потенциала личности, планирования будущего.</p>	<p>Упражнение «Переоценка ценностей» Упражнение «Моя жизнь» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 3. Цель: снятие эмоционального напряжения; обучение способам отреагирования негативных эмоций, формирование жизнестойкости.</p>	<p>Упражнение «Я и мои чувства» Упражнение «Письмо будущему себе» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 4. Цель: обучение навыкам саморегуляции, гибкости поведения, работа с соматическим симптомом.</p>	<p>Упражнение «Образ моего тела» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 5. Цель: формирование гибкости поведения, снижение эмоционального напряжения, развитие рефлексии.</p>	<p>Упражнение «Мои эмоции» Упражнение «Я умею, я могу» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 6. Цель: развитие способности прогнозирования и планирования, развитие навыков рефлексии.</p>	<p>Упражнение «Сделаю потом» Упражнение «Откладывание со дня на день» Упражнение «Через три года» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 7. Цель: формирование активной жизненной позиции.</p>	<p>Упражнение «Сделай это сейчас» Упражнение «Обязываться» Упражнение «Твоя жизнь» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 8. Цель: развитие целеполагания.</p>	<p>Упражнение «Лестница достижений» Упражнение «Предсказание будущего» Упражнение «Возможности» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 9. Цель: формирование интернальности, самопринятия.</p>	<p>Упражнение «Я-реальное» и «Я-идеальное» Упражнение «Кто Я?» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 10. Цель: развитие эмоциональной саморегуляции, формирование уверенного поведения, поиск ре-</p>	<p>Упражнение «Техника состояний» Упражнение «Закончи предложения» Рефлексия</p>

сурсного состояния.	
<p>ЗАНЯТИЕ 11. Цель: формирование гибкости поведения, жизнестойкости, позитивного восприятия будущего.</p>	<p>Упражнения «Коллаж» Упражнение «Восстановление дома». Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 12. Цель: формирование рефлексии, ответственности, активной жизненной позиции.</p>	<p>Упражнение «Колесо жизненного баланса» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 13. Цель: работа с соматическим симптомом, снятие мышечного напряжения</p>	<p>Упражнение «Отождествление/разотождествление» Упражнение на снятие мышечных зажимов Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 14. Цель: формирование уверенного поведения, обучение навыкам снижения эмоционального напряжения, развитие рефлексии.</p>	<p>Упражнение. «Работа с неуверенностью в себе». Упражнение «История моей болезни» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 15. Цель: формирование уверенного поведения, обучение навыкам снижения эмоционального напряжения, работа с соматическим симптомом.</p>	<p>Упражнение «Части тела» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 16. Цель: осознание реакции своего тела и общего состояния; обучение способам выражать своё состояние; снятие стрессового напряжения.</p>	<p>Упражнение «Силуэт человека» Упражнение «Цветные звуки моего тела» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 17. Цель: осознание реакции своего тела и общего состояния; работа с образом болезни, формирование навыков рефлексии.</p>	<p>Упражнения «Преимущества моей болезни» Упражнение «Рисуем себя» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 18. Цель: осознание телесных ощущений; снятие стрессового напряжения, работа с образом болезни, развитие рефлексии.</p>	<p>Упражнение «Симптом болезни» Упражнение «Мое здоровье» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 19. Цель: формирование интернальности.</p>	<p>Упражнение «Анализ жизненной ситуации» Упражнение «Коллапс якорей» Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 20. Цель: развитие гибкости, самостоятельности, формирование образа здоровой личности.</p>	<p>Упражнение «Я здоров» Упражнение «Я в будущем» Рефлексия</p>

Занятие 1.

Цель: знакомство, установление правил, создание мотивации для дальнейших встреч посредством акцентирования важности наличия цели в жизни.

Знакомство, объявление содержания программы.

Введение правил поведения:

1. Искренность (Я стараюсь говорить максимально искренне);
2. «Здесь и сейчас»: говорится только о том и обсуждается то, что происходит именно сейчас;
3. Персонализация высказывания: Я говорю: -«Я», а не «Мы» или «Все»- это значит, что я несу ответственность за свои слова, высказываю собственную точку зрения;
4. Активность.

Упражнение «Ваше представление о времени»

Цель: активизация когнитивной и эмоциональной сфер относительно восприятия времени.

Каждый представляет время по-своему - как стрелу, календарь, песочные часы и т.д. В образе песочных часов песок в нижней части - прошедшее, в верхней части- будущее, а та песчинка, которая падает в данный момент, - настоящее. Нарисуйте свое представление о времени, обозначив прошлое, настоящее, будущее.

Вопросы для обсуждения: - легко ли Вам было придумать идею? - что обозначают Ваши нарисованные образы? - что чувствовали, когда рисовали?

Ведущий наблюдает:

1. Ход процесса: темп, колебания, сомнения, поиск, автономность, вносимые изменения при выполнении работы;
2. Содержание рисунка: широта используемого материала, богатство красок, символика, объем пространства
3. Легко ли активизирует свои мысли, чувства

Упражнение «Стрела жизни»

Цель: разминка, актуализация темы восприятия времени

«Перед вами различные варианты стрелок. Выберите себе тот рисунок стрелы, который, по вашему мнению, соответствует жизненному циклу».

Вопросы: - почему вы выбрали именно эту форму стрелки? - Где сейчас вы находитесь на этой стрелке?

Комментарий: ведущему необходимо заранее приготовить нарисованные на листках А4 различные варианты стрелок: прямые круговые, зигзагообразные, извилистые. Тем, кому не подошла ни одна из предложенных стрелок, можно нарисовать свои.

Рефлексия

Занятие 2.

Цель: повышение адаптационного потенциала личности, планирования будущего.

Упражнение «Переоценка ценностей»

Цель: активизация когнитивной и эмоциональной сфер относительно ценностных представлений, определение источников этих убеждений и их критическая оценка.

Я хочу предложить вам упражнение, в ходе которого вы сможете понять, какими ценностными представлениями вы руководствуетесь в разных сферах жизни и от кого вы эти представления переняли.

Мы самостоятельно открываем какие-либо ценности крайне редко. В ходе своей жизни мы перенимаем их от других людей — когда видим, как те ведут себя, что думают или говорят. Некоторые из этих ценностей, воспринятые нами в детстве, сохраняются навсегда, помогая нам идти по жизни и быть счастливыми. Другие оказываются менее применимыми. Тогда такой ценности мы постепенно придаем меньше значения или полностью от нее отказываемся.

К примеру, мама учила меня быть всегда скромным и не важничать. При такой установке я стремлюсь оставаться незаметным и ставить желания и интересы других людей выше своих собственных. В детстве я получаю за это признание, так как не мешаю другим, но с таким ценностным представлением крайне сложно стать взрослым, способным построить хорошие партнерские отношения, вырастить детей и добиться профессионального успеха. Я думаю, вы понимаете, что я имею в виду.

Сейчас я раздаю вам Рабочие листки «Переоценка ценностей», который для начала надо просто просмотреть. А теперь заполните первую колонку, над которой написано: «Мое основное убеждение относительно...»

Для каждой из заданных областей приведите основное убеждение, выработанное вами в ходе жизни. Другими колонками пока не занимайтесь. У вас есть 10 минут.

Теперь присмотритесь, с кем из участников вы хотели бы объединиться в группу из шести человек. Соберитесь в группы и расскажите друг другу о том, что вы написали. Обсудите совпадения и различия в ваших убеждениях. На это у вас есть полчаса.

Продолжайте работу поодиночке и заполните теперь вторую и третью колонки. Укажите, у кого вы переняли определенное убеждение, например, у отца, у матери, у старшего наставника или у друга. Если вы к какому-то убеждению пришли сами на основе опыта, укажите это. Затем в третьей колонке отметьте, каким образом вы переняли каждую ценность: была ли она вам привита авторитетным лицом, была ли она присуща тому, с кого вы брали пример, или вы случайно либо осознанно, но самостоятельно пришли к этому убеждению.

На это вам отводится 15 минут.

Прочтите теперь молча ваши ответы и посмотрите, не бросается ли вам что-то в глаза. В этом вам могут помочь следующие вопросы:

Кто больше всего повлиял на формирование моих убеждений?

От кого исходят убеждения, в которых я сегодня сомневаюсь или которые я не принимаю?

Существуют ли значимые для меня люди, от которых я не перенял ни одного из перечисленных убеждений?

Напишите эти вопросы так, чтобы они были всем видны. Потратьте 5 минут на то, чтобы обдумать и проанализировать ответы во второй и третьей колонках.

Теперь у вас есть 15 минут на обсуждение ваших выводов в своей подгруппе, после чего мы снова соберемся все вместе для подведения итогов.

Подведение итогов

Насколько мне понравилось это упражнение?

Узнал ли я что-то новое о себе?

Что было для меня особенно важно?

Хотел бы я в будущем делать что-то иначе?

Что бы я хотел еще сказать?

Комментарий. Упражнение подходит для всех групп. Как правило, обсуждение в подгруппах проходит очень оживленно, так что может потребоваться больше времени.

Рабочий листок

Переоценка ценностей

Мое основное убеждение относительно...	От кого исходят эти убеждения?	Каким образом они сформировались у меня?*
Времени		
Семьи		
Работы		
Счастья		
Друзей		
Любви		
Денег		

* Выбери и запиши в таблицу одно из ключевых слов:

Авторитет: Эта ценность была мне привита.

Пример: Я взял с кого-то пример.

Наивный выбор: Я сам выбрал эту ценность спонтанно.

Осознанный выбор: Я выбрал ее после тщательного обдумывания.

Упражнение «Моя жизнь»

Цель: прояснение трудностей построения жизненной перспективы

«На индивидуальном бланке изображены две оси: горизонтальная "ВРЕМЯ (годы жизни)" и вертикальная "ЗНАЧИМОСТЬ СОБЫТИЯ" от 0 до 10 баллов. Ось "время" задается вами (по годам или подробнее). На ней в соответствующем месте изобразите в виде столбика важные события своей жизни: прошлой, настоящей и будущей, а по вертикальной оси отложите личную значимость каждого события (от 0 до 10). Синим цветом обозначьте события прошлого, красным — настоящего, зеленым — будущего»

Комментарий: Нормальная картина предполагает приблизительно одинаковое количество красного, зеленого и синего цвета на этой гистограмме. Наличие проблем с будущим — указывает либо полное отсутствие зеленого, либо присутствие 1-2 столбиков непривязанных к определенным годам жизни- «когда-нибудь умру», «когда-нибудь разбогатею».

Вопросы:

Как протекала ваша жизнь до сегодняшнего дня?

В чем ваши крупные успехи и поражения?

Как вы представляете будущее?

До какого возраста вы хотели бы дожить?

Чего хотели бы достичь?

Какие удары судьбы ожидаете?

Рефлексия

Занятие 3.

Цель: снятие эмоционального напряжения; обучение способам отреагирования негативных эмоций, формирование жизнестойкости.

Упражнение «Я и мои чувства»

Цель: обучение способам отреагирования негативных эмоций, формирование жизнестойкости.

Участнику необходимо ответить на следующие вопросы:

Какие чувства я испытываю большую часть времени?

Понимаю ли я, чем вызвано то или иное чувство?

Подавляю ли я те чувства, которые в нашем обществе считаются негативными (гнев, зависть, разочарование и пр.)? Почему?

Знаю ли я, как правильно, неструктивным способом выражать свои чувства? Как именно?

Упражнение «Письмо будущему себе»

Цель: формирование интернальности.

«Напишите себе письмо, которое вы прочтете только через 10 лет. Напишите себе о том, какие вы сейчас, что вас интересует, что вы думаете о себе – будущем - как вы будете выглядеть, чем заниматься, кто будет вокруг вас? Что вы хотите пожелать себе будущему?»

Рефлексия

Занятие 4.

Цель: обучение навыкам саморегуляции, гибкости поведения, работа с соматическим симптомом.

Упражнение «Образ моего тела»

Цель: обучение навыкам саморегуляции, гибкости поведения, работа с соматическим симптомом и мышечными зажимами.

Для проведения этого упражнения нужно запастись:

1. семью листами бумаги.
2. семью разноцветными карандашами.
3. Ножницами.

Закончив рисунок на одном листе бумаги, мы переворачиваем его.

Это упражнение расскажет о ваших соматических проблемах

Первый лист бумаги.

На нём мы изображаем те части Вашего тела или орган, которые обеспечивают, по Вашему мнению, Вашу как внутреннюю, так и внешнюю безопасность.

Второй лист бумаги.

На нём мы рисуем ту часть нашего тела (органы), которая даёт нам наибольшую жизненную силу - наш РЕСУРС, «наше всё». (Опять же, по нашему мнению)

Третий лист бумаги.

Рисуем те части тела или органы, которые отвечают за сотрудничество с внешним миром, наши «дипломаты» и коммуникаторы.

Четвёртый лист бумаги.

На нём изображаем те части своего тела или же органы, которые помогают нам (если надо) сопротивляться окружающей действительности.

Пятый лист бумаги.

Рисуем на нём те свои части, которые помогают нам общаться с самими собой, отвечают за благополучие нашего внутреннего, интимного мирка.

Шестой лист бумаги.

На них рисуем те свои части тела или же органы, которые всё это контролируют, возглавляют, собирают «до кучи» и вообще служат нашим «генеральным директором».

Седьмой лист бумаги.

На нём мы рисуем или одно или другое - что хотите. Сейчас дам альтернативы.

1. Или мы рисуем ту часть своего тела, которую просто хотим нарисовать ещё раз (уж очень она нам нравится),

2. или то, что не вошло ни в один рисунок, а Вы считает, что оно должно быть, просто так, для комплекта.

После того, как рисунки закончены, вырезаем по контуру всё, что мы нарисовали и пытаемся составить из полученного - Целого Человечка. Сразу предупреждаю: не беда, если у него будет много рук или, допустим, голов.

Рефлексия

Занятие 5.

Цель: формирование гибкости поведения, снижение эмоционального напряжения, развитие рефлексии.

Упражнение «Мои эмоции»

Цель: снижение эмоционального напряжения, формирование гибкости.

Упражнение позволяет потренироваться в выражении своих эмоций в символической, образной форме.

Нарисуйте силуэт человека.

«Представьте, что вы сейчас очень сильно злитесь на кого-нибудь или на что-нибудь. Постарайтесь всем телом почувствовать свою злость. Может быть, вам будет легче представить, если вы вспомните какой-нибудь недавний случай, когда вы сильно разозлились на кого-нибудь. Почувствуйте, где в теле находится ваша злость. Как вы ее ощущаете? Может быть, она похожа на огонь в животе? Или у вас чешутся кулаки? Заштрихуйте эти участки красным карандашом на своем рисунке. Теперь представьте, что

вы вдруг испугались чего-то. Что вас может напугать? Представили? Где находится ваш страх? На что он похож? Заштрихуйте черным карандашом это место на своем рисунке.

(Аналогично предложите участникам обозначить синим карандашом части тела, которыми они переживают грусть, и желтым – радость.)

Где в теле вы чувствуете свою злость (страх, грусть, радость)? Какое чувство вам было легче всего представить и ощутить в теле? А какое – труднее? Были ли у кого-нибудь из участников группы похожие ощущения?»

Упражнение «Я умею, я могу»

Цель: развитие навыков рефлексии.

Участники заканчивают следующие предложения:

- Я хочу...
- Я умею...
- Я смогу...
- Я добьюсь...

Рефлексия.

Занятие 6.

Цель: развитие способности прогнозирования и планирования, развитие навыков рефлексии.

Упражнение «Сделаю потом»

Цель: развитие способности прогнозирования и планирования.

Участникам необходимо составить список всего, что он поместил в будущее, потому что это неприятно, невесело, или неинтересно сейчас. Каждая из этих вещей анализируется участником, каждый решает, что с ней делать: сделать дело, оставить в архиве (в прошлом), или выбросить его (забыть о нем).

Упражнение «Откладывание со дня на день»

Цель: развитие способности планирования деятельности.

«Сегодня мы поработаем с темой откладывания со дня на день. Подумайте, что вы оттягиваете, что откладывали раньше. Как вы это делали? Как можно делать это по-другому?» Может быть, полезно провести пороговый процесс, накопить ужасы промедления, а затем повести участников к будущему выполнению дел сразу же.

Вспомогательные вопросы:

"Ты откладываешь что-нибудь со дня на день?"

"Что было бы с тобой сегодня, если бы ты не откладывал со дня на день?"

Упражнение «Через три года»

Цель: активизация внимания на настоящем, развитие навыков рефлексии.

Участников просят составить список наиболее важных дел, занимающих их в данный период жизни, и тех проблем, над решением которых они работают (3 — 5 пунктов). Когда список составлен, участникам предлагается представить себе, что они стали старше на три года, и подумать об этих делах и проблемах «задним числом» — так, как будто с тех пор уже прошло три года.

Раздумывая над этим, надо ответить на следующие вопросы:

- Что именно вы сможете вспомнить об этой проблеме?
- Как она влияет на вашу жизнь теперь, по прошествии трех лет?
- Если бы такая проблема сейчас встала перед вами, то, как бы вы стали ее решать?

Упражнение выполняется в подгруппах по 3 — 4 человека; каждый озвучивает пункты из своего списка и дает ответы на поставленные вопросы. Можно предоставить желающим возможность работать индивидуально, без публичного обсуждения, тогда упражнение выполняется письменно, а записи остаются у участника.

Обсуждение

Какие виды деятельности и проблемы представляются участникам с позиции «взгляда из будущего» наиболее важными, а какие второстепенными? Насколько это совпадает с суждением о них с позиции сегодняшнего дня? О чем говорит ситуация, когда понимаешь, что через 3 года не вспомнишь ни одно из тех дел и проблем, которыми озабочен сегодня? Какой вывод сделал лично для себя каждый из участников этого упражнения?

Рефлексия

Занятие 7.

Цель: формирование активной жизненной позиции.

Упражнение «Сделай это сейчас»

Цель: формирование навыков целеполагания

«Сегодня мы будем тренировать принцип «сделай это сейчас». Вам необходимо вспомнить все дела, что вы не доделали. Каждая из этих вещей анализируется в соответствии с: сделать это, поручить это, отделаться от этого. Ведущему необходимо контролировать все незаконченные циклы участника, их завершение, передачу кому-то другому или «утилизацию».

Упражнение «Обязываться»

Цель: принятие ответственности за свои поступки в будущем

Участникам необходимо вспомнить все ситуации, насчет которых он колеблется (то есть всего того, что у него есть, но он не связал себя обязательствами или не принял ответственности за это), и принять решение. Либо использовать это, либо избавиться от этого. Ведущему необходимо провести диалог с точки зрения того, что нужно участнику: либо сделать это, либо отказаться от этого. Если нужно, поработать в реальной области действий: принимаясь за какие-то дела, звоня кому-то и так далее.

Упражнение «Твоя жизнь»

Цель: активизация когнитивной и эмоциональной сфер относительно поиска ресурсов в прошлом и в будущем

«Пусть каждый нарисует что-то, что символизировало бы себя - маленького и себя - взрослого, в 30–40 лет. Подумайте: что тебе - сегодняшнему можешь дать ты - маленький и ты - взрослый, что помогло бы тебе сейчас». После упражнения участники делятся своими открытиями.

Рефлексия

Занятие 8.

Цель: развитие целеполагания.

Упражнение «Лестница достижений»

Цель: развитие целеполагания, конкретизация желаний; развитие способности разбивать достижение результата на этапы и облегчать переход от намерений к действиям

Участников просят подумать о какой-либо цели, которой им хотелось бы достигнуть в течение ближайшего года, и кратко записать ее. После этого они рисуют на листе бумаги формата А4 лесенку из шести ступенек. Нижняя ступенька обозначает состояние, когда эта цель совершенно не достигнута, верхняя – когда она осуществлена полностью. Участников просят записать около первой и последней ступенек по 2 — 3 признака, обозначающие особенности ситуации, когда цель, соответственно, не достигнута либо достигнута полностью. После этого участников просят подумать, на какой ступеньке достижения цели они находятся в настоящий момент, обозначить эту позицию и записать две — три ее главные характеристики.

Когда эта часть работы завершена, перед участниками ставится главный вопрос: что конкретно нужно сделать, чтобы подняться в достижении цели на одну ступеньку выше? Для размышления дается 1,5 – 2 минуты, после чего участников просят записать или зарисовать основные соображения на этот счет. В заключение задается еще один во-

прос: когда конкретно каждый из участников сделает то, что ему нужно для приближения к достижению цели на одну ступеньку?

Обсуждение

Участников просят высказаться, какие выводы они сделали лично для себя при выполнении этого упражнения, а также в каких жизненных ситуациях, с их точки зрения, целесообразно применять подобные техники. При желании несколько участников могут более подробно рассказать, что за цель они поставили и какие действия запланировали для ее достижения.

Упражнение «Предсказание будущего»

Цель: активизация когнитивной и эмоциональной сфер относительно своей роли в будущем

«Сядьте удобно и закройте глаза. Сделайте три глубоких вдоха. Представьте себе, что каждый из вас уснул, устроившись на отдых под большим раскидистым деревом. Вам снится прекрасный сон. Каждый видит самого себя через десять лет... (15 секунд)

Обратите внимание, как вы выглядите через десять лет...

Где вы живете...

Что вы делаете...(15 секунд)

Чем вы занимаетесь? Кем работаете? (15 секунд)

Теперь сделайте три глубоких выдоха. Потянитесь, напрягите и затем расслабьте все свои мускулы, откройте глаза. Постарайтесь запомнить все, что Вы увидели о самом себе».

«Разделитесь на две команды. Придумайте и разыграйте небольшую историю с участием всех персонажей, где участники играют самих себя в будущем».

Каждая команда показывает свой спектакль.

После представления проводится обсуждение.

Вопросы:

Как ты чувствовал себя в своей роли?

Что тебе понравилось в этой игре?

Как ты думаешь, кто наиболее вжился в свой образ, а кто играл не естественно?

Упражнение «Возможности»

Цель: поиск доступных в настоящий момент ресурсов

Участникам необходимо рассмотреть возможности и ресурсы, доступные для них сегодня. Каждый участник должен найти варианты поиска ресурсов в настоящем, а не в прошлом или в будущем.

Вспомогательный вопрос:

"Скажи мне, какие у тебя сегодня есть возможности"

Рефлексия

Занятие 9.

Цель: формирование интернальности, самопринятия.

Упражнение «Я-реальное» и «Я-идеальное»

Цель: формирование самопринятия.

Участникам раздаются по 2 листа бумаги и карандаши. Ведущий просит нарисовать себя в "двух ипостасях": Я-реальное и Я-идеальное. Дается 10-15 минут. После этого происходит обсуждение:

- Когда вы чувствовали большее напряжение: когда рисовали идеальное или реальное?

- Как вы думаете, что вам необходимо предпринять, чтобы эти два понятия стали едиными?

Упражнение «Кто Я?»

Цель: формирование позитивного самоотношения, самопринятия.

Запишите 10 различных ответов на вопрос "Кто Я?". Обсуждение результатов: что вы написали на первом месте, анализ содержания и количества ответов, оценка общего эмоционального фона и т.д.

Обсуждение вопросов, волнующих участников группы. Как разобраться в самом себе? Я и мой возраст, какие изменения происходят со мной и с другими людьми вокруг? Что такое рефлексия (внимание к тому, что в нас происходит, самопознание, самоанализ, самоконтроль), для чего она нужна.

Рефлексия

Занятие 10.

Цель: развитие эмоциональной саморегуляции, формирование уверенного поведения, поиск ресурсного состояния.

Упражнение «Техника состояний»

Цель: дифференциация эмоционального состояния, снижение эмоционального напряжения

Нарисовать состояние, которое больше всего в себе нравится (мандолы).

Назвать состояние.

Нарисовать состояние, которое в себе не нравится.

Назвать это состояние.

Разложить эти состояния на полу.

Расстояние определить самостоятельно.

Заполнить данное расстояние рисунками промежуточных состояний.

Дать название каждому состоянию.

Написать текст: описать каждое состояние.

Ответы на вопросы:

Что дала эта работа?

Какая связь между этими рисунками?

Что является ключевым моментом

Для чего мне необходимо негативное состояние

Что оно дает?

Определить, какой рисунок нравится «здесь и сейчас»?

Какой безразличен?

Какой не нравится?

Упражнение «Закончи предложения»

Цель: формирование уверенного поведения, поиск ресурсного состояния.

«Счастливее всего я чувствую себя, когда...

«Хуже всего я чувствую себя, когда...

«Никак не могу понять, почему я...

«Моя жизнь была бы счастливее, если бы я...

«Главное, что я хотел(а) бы в себе изменить, это...

Я восторгаюсь собой, когда...

Я доверяю своему...

Я горжусь собой, когда...

Самая невероятная вещь, которую я когда-либо совершала, это...

Я больше всего себе нравлюсь, когда...

Я чувствую себя уверенной, когда...

Рефлексия

Занятие 11.

Цель: формирование гибкости поведения, жизнестойкости, позитивного восприятия будущего.

Упражнения «Коллаж»

Цель: формирование позитивного восприятия будущего, поиск ресурсного состояния

Материал: старые журналы с картинками и фотографиями, ножницы, клей, большие листы бумаги по количеству участников.

Задача: разделить лист бумаги на две части. На левой стороне приклеить то, что мне нравится в себе, на правой, что не нравится.

Продемонстрировать свою работу и рассказать о себе

Упражнение «Восстановление дома».

Цель: формирование гибкости поведения, снижение эмоционального напряжения.

«Представьте заброшенный сад, заросший сорной травой. В центре сада стоит старый необитаемый дом с полуразрушенными стенами и выбитыми окнами. Откройте скрипучую входную дверь, войдите внутрь и осмотрите пустые запыленные комнаты. Вид заброшенного дома может вызвать у вас чувство грусти и одиночества. Но подумайте, чем бы мог стать этот дом, если бы вы решили его восстановить. Взгляните на открывающийся отсюда прекрасный вид: деревья, озеро, горы вдали.

Время приступить к работе и начинать ремонтировать дом. Вы закладываете кирпичом и цементом разрушенные стены. Заменяете ржавые дверные петли на новые. Перестилаете прогнившие доски пола. Вставляете в окна новые стекла и заменяете, где нужно старую черепицу на крыше.

Вы пропалываете сад и перекапываете землю для посадки. Подготовив почву, вы высаживаете семена в разных местах сада, исходя из того, каким вы хотели бы видеть его в полном цвету.

Вы подметаете дом, моете и натираете полы, красите наружные и внутренние стены. Вы поливаете сад и замечаете, что некоторые растения начинают прорастать.

Дом готов к тому, чтобы его обставить. Представьте столы, стулья, кровати, ковры, зеркала, люстры, картины, шкафы, вазы. Это ваш дом, и вы можете обставить его так, как хотите. Уделите время обустройству каждой отдельной комнаты.

Вы идете в сад и замечаете, что цветы уже начинают цвести. Они разного цвета и разной формы. Посмотрите на них и вдохните их запах. Сделайте сад таким, чтобы он вам нравился. Не хотели бы вы, скажем, поместить в центре сада фонтан или поставить статую, увитую плющом? Делайте, что хотите.

А теперь пришло время вдохнуть в дом жизнь и энергию. Вы включаете лампы и видите, что они работают. В камине трещат поленья; вы проверяете краны и убеждаетесь, что из них идет вода. Положите что-нибудь съестное в холодильник на кухне и поставьте в вазы цветы.

Вы смотрите в окно и видите цветущий сад, озеро и горы на заднем плане».

Рефлексия

Занятие 12.

Цель: формирование рефлексии, ответственности, активной жизненной позиции.

Упражнение «Колесо жизненного баланса»

Цель: формирование рефлексии, ответственности, оценка удовлетворенности сферами жизни. С помощью этой простой техники можно увидеть свою жизнь как бы сверху, целиком, в результате чего появится понимание, куда двигаться в первую очередь для достижения личных целей.

Классическое колесо делится на 8 сегментов: Карьера, Финансы, Здоровье, Друзья, Семья, Рост, Отдых, Условия жизни. Восемь секторов Колеса Жизни представляют собой, так называемый, жизненный баланс.



Выполняется техника очень просто.

1. Нарисуйте диаграмму в виде круга. Разделите ее на 8 секторов.



2. Представьте, что диаграмма отражает вашу идеальную жизнь. Заполните сектора важными сферами вашей жизни. Это могут быть Вещи, Внешность, Деньги, Творчество и т.д., т.е. все то, что важно именно для вас в данный момент времени.

3. Оцените по 10-бальной шкале уровень удовлетворенности каждой сферой, где 0, 1, 2, 3 – это полное отсутствие или минимальная удовлетворенность в жизненной сфере; 4, 5, 6, 7 – средняя степень, что-то уже достигнуто, но до идеала еще далеко; 8, 9, 10 – это максимальная эффективность данной сферы в Вашей жизни.

Например, вас полностью устраивают ваши отношения в семье, у вас полное взаимопонимание и поддержка. Значит, удовлетворенность этим сектором можно оценить в 10 баллов. Или здоровье – серьезных проблем нет, но самочувствие оставляет желать лучшего. В этом случае степень удовлетворенности областью «Здоровье» можно оценить на 6 баллов.

Точно также оценивается уровень удовлетворенности в других сферах. Оценки субъективны и индивидуальны. Правильных или неправильных оценок не существует. Постарайтесь быть максимально честной, оцените каждую область исходя из собственных ощущений. Если вам сложно оценить, вы можете задавать себе вопросы, например:

- Довольна ли я своей работой? Нравится ли мне то, чем я занимаюсь или на самом деле я хочу заниматься чем-то другим?
- Меня устраивает мое финансовое положение? Или нужно все кардинально менять и как можно скорее?
- Я чувствую себя здоровой? У меня есть вредные привычки, которые мне мешают? Я хорошо выгляжу?

- Все ли в порядке в моих отношениях с близкими людьми?
4. Отобразите полученные результаты на диаграмме и проанализируйте. В идеале колесо должно получиться круглым. А на практике такое случается редко. Катится ли колесо вашей жизни?
5. Теперь вы знаете, где находитесь, и какому из аспектов вашей жизни нужно уделить больше внимания, для того, чтобы колесо «покатилось».
- Обратите внимание на области, в которых меньше всего баллов.
- Какие первые шаги необходимо сделать, чтобы повысить уровень удовлетворенности этими сферами хотя бы на 1 балл?
 - Определите, в каких сферах жизни изменения зависят только от вас?
 - Выделите сферы, изменения в которых требуют содействия других людей.
 - Подумайте, в какой сфере вы хотели бы начать изменения в ближайшее время?
 - Запишите три шага, которые вы можете совершить для исправления ситуации в тех сегментах, где получился наиболее сильный перекосяк.

Рефлексия

Занятие 13.

Цель: работа с соматическим симптомом, снятие мышечного напряжения

Упражнение «Отождествление/разотождествление»

Цель: осознание телесных ощущений.

Позвольте себе сесть поудобнее, закрыть глаза, глубоко вдыхая и выдыхая воздух, и обратить ваше внимание вовнутрь.

Может быть, вы вспомните ситуацию, в которой вы оказались день или два тому назад и которая постоянно занимает ваши мысли.

Представьте, что вы можете увидеть себя в данной ситуации. Может, вы почувствовали раздражение, страх или злобу и повели себя соответствующим образом.

Просто позвольте всей этой сцене еще раз произойти перед вашим внутренним взором. После этого опять поместите себя в эту ситуацию.

- Что вы думаете?
- Что вы ощущаете в вашем теле?
- Какие эмоции вы осознаете?
- Где в теле вы ощущаете их?
- Каким выглядит мир отсюда?
- Как бы вам хотелось действовать?
- Сейчас сделайте глубокий вдох и выдох, отступите назад и проанализируйте, что происходит.
- Что вы наблюдаете?
- Какая ваша часть выражает себя в данной ситуации?
- Что эта часть старается сделать для вас?
- Старается ли эта часть помочь вам держать ситуацию под контролем?
- Хочется ли вам поблагодарить эту часть за то, что она старается вам помочь? Если да, то поблагодарите ее. Если нет, наблюдайте за вашим внутренним сопротивлением сделать это.
- Какие чувства вы испытываете по отношению к этой части самого себя?
- Каким образом эта субличность ограничивает вас? Обратите внимание на ее ограничивающее действие. Каким она видит мир?
- Что, по вашему мнению, она по-настоящему хочет от вас?
- Хотите ли вы дать ей то, в чем она нуждается?
- Как вы можете это сделать?
- Какие свои особые качества или способности предлагает вам эта субличность?
- Как вы можете воплотить эти качества в жизнь?

Почувствуйте себя в собственном теле; почувствуйте ваши руки и ноги, медленно пошевелите ими. После этого откройте глаза и при желании сделайте заметки.

Упражнение на снятие мышечных зажимов

Цель: снятие мышечных зажимов, восстановление сил.

Сядьте в удобное кресло или лягте на коврик. Пусть спина опирается на спинку кресла или прижата к полу (если вы сидите в кресле, поставьте ноги на пол, но не скрещивайте их; если ноги не достают до пола, подложите под них подушку.)

1. Начинаем с рук. Сожмите руки в кулаки. Как можно сильнее напрягите мышцы. Представьте ощущение этого напряжения - как сильно натянутую верёвочку. Теперь разожмите кулаки и пошевелите пальцами. Они шевелятся как листочки дерева на ветру. Встряхните их. Испытайте чувство свободы, успокоения.

2. Теперь переходим к ногам. Напрягите их, включая пальцы. Затем напрягите икры, колени, бедра, всю ногу. Потрясите ногами и пошевелите пальцами.

3. Напрягите туловище - начните с плеч, затем перейдите к груди и животу. Ощутите пространство вокруг пояса, в том месте, где обычно носят ремень. Расслабьте живот. Потом – грудь. Если вы чувствуете напряжение в плечах, мягко положите руки на пол или на предплечья. Несколько раз глубоко вдохните животом, пока напряжение не пропадет. Затем расслабьте поясницу. Вы чувствуете себя спокойно и расслабленно, как верёвочка, которую перестали натягивать.

4. Теперь наморщите лоб. Плотно закройте глаза. Затем откройте. Наморщите ненадолго нос. Сожмите и разожмите зубы. Погримасничайте, напрягая и расслабляя разные части лица.

5. Проверьте, не чувствуете ли вы напряжения в какой-нибудь части тела. Избавьтесь от него, напрягая и расслабляя мышцы. Сделайте глубокий вдох-выдох. Если вы сидите в кресле, медленно поднимитесь, если на полу, медленно перевернитесь на бок и встаньте.

Примечание: Так как психика полностью отражается в нашем теле, определенные психические проблемы приводят к появлению мышечных зажимов. Выявляя и устраняя их через тело, мы тем самым способны изменять и наше душевное состояние.

Сядьте удобно, если есть возможность, закройте глаза;

– дышите глубоко и медленно ;– пройдите внутренним взором по всему вашему телу, начиная от макушки до кончиков пальцев ног (либо в обратной последовательности) и найдите места наибольшего напряжения (часто это бывают рот, губы, челюсти, шея, затылок, плечи, живот);

– постарайтесь еще сильнее напрячь места зажимов (до дрожания мышц), делайте это на вдохе;

– прочувствуйте это напряжение;– резко сбросьте напряжение – делайте это на выдохе;

– сделайте так несколько раз.

В хорошо расслабленной мышце вы почувствуете появление тепла и приятной тяжести.

Если зажим снять не удастся, особенно на лице, попробуйте разгладить его с помощью легкого самомассажа круговыми движениями пальцев (можно подделать гримасы – удивления, радости и пр.).

Примечание: Так как психика полностью отражается в нашем теле, определенные психические проблемы приводят к появлению мышечных зажимов. Выявляя и устраняя их через тело, мы тем самым способны изменять и наше душевное состояние.

Рефлексия

Занятие 14.

Цель: формирование уверенного поведения, обучение навыкам снижения эмоционального напряжения, развитие рефлексии

Упражнение. «Работа с неуверенностью в себе».

Цель: формирование уверенного поведения

Закройте глаза и представьте, что вы находитесь в большой комнате с двумя зеркалами на противоположных стенах. В одном из них вы видите свое отражение. Ваш внешний вид, выражение лица, поза – все говорит о крайней степени неуверенности. Вы слышите, как робко и тихо вы произносите слова, а ваш внутренний голос постоянно твердит: «Я хуже всех!» Постарайтесь абсолютно слиться со своим отражением в зеркале и почувствовать полное погружение в болото неуверенности. С каждым вдохом и выдохом усиливайте ощущения страха, тревоги, мнительности. А потом медленно «выйдите» из зеркала и отметьте, как ваш образ становится все более тусклым и, наконец, гаснет совсем. Вы уже никогда не вернетесь к нему.

Медленно повернитесь и всмотритесь в свое отражение в другом зеркале. Вы – уверенный в себе человек! Память подсказывает три ярких события вашей жизни, когда вы были «на коне». Вспомните звуки, образы, запахи, сопровождавшие тогда ваше чувство уверенности. Ваш внутренний голос прорвался наружу: «Я верю в себя! Я уверен в себе!». Красный столбик вашей уверенности поднимается по шкале градусника и с каждым вашим вдохом и выдохом приближается к стоградусной отметке. Каков цвет вашей уверенности? Наполните себя им. Создайте вокруг себя облако уверенности и окружите им свое тело. Добавьте музыку уверенности, запахи. Постарайтесь увидеть символы, образ вашей уверенности и слейтесь с ним. Представьте размашистую надпись золочеными буквами на базальте: «Я уверен в себе!». Представьте себе огромный зал. Вы стоите на сцене, и вам аплодируют десятки тысяч человек. Под конец глубоко вдохните и откройте глаза

Упражнение «История моей болезни»

Цель: работа с соматическим симптомом.

Попробуйте самостоятельно и максимально честно ответить на следующие вопросы относительно вашей болезни, как бы «разворачивающие» психические аспекты этого вашего заболевания в плоскость «смысл и потребности»:

Что болезнь значит для вас?

Что означает для вас избавиться от болезни?

Как болезнь помогает вам, какие выгоды и компенсации вы получаете от болезни?

Каким образом болезнь дает вам больше силы и уверенности?

Как болезнь помогает вам чувствовать себя в безопасности?

Чего болезнь помогает вам избежать?

Каким образом болезнь предоставляет вам возможность получать больше внимания и любви?

Какие чувства помогает вам выразить болезнь?

Каким вы были до того, как появилась болезнь?

Что происходило в вашей жизни, когда появилась болезнь?

Как все изменилось после того, как появилась болезнь?

Что произойдет, когда не будет болезни?

После того как болезнь исчезнет, какой будет ваша жизнь через год (через 5, 10, 20 лет)?

У кого еще когда-нибудь была ваша болезнь или есть сейчас?

Рефлексия

Занятие 15.

Цель: формирование уверенного поведения, обучение навыкам снижения эмоционального напряжения, работа с соматическим симптомом

Упражнение «Части тела»

Цель: работа с телесными ощущениями, развитие рефлексивной позиции по отношению к своей жизни

Перед началом техники клиент берет 7 листов формата А4 и 7 цветных карандашей. Стоит помнить, что на каждом новом листе клиент может рисовать только карандашом одного цвета. Клиенту дается следующая инструкция:

1 лист – «Нарисуйте части Вашего тела, которые отвечают за Ваш ресурс, дают наибольшую жизненную силу».

2 лист – «Нарисуйте части тела, которые обеспечивают Вашу внутреннюю и внешнюю безопасность».

3 лист – «Нарисуйте части тела, которые отвечают за Ваше сотрудничество с окружающим миром».

4 лист – «Нарисуйте части тела, которые обеспечивают Вашу возможность сопротивляться при необходимости окружающему миру».

5 лист – «Нарисуйте части тела, которые отвечают за Вашу внутреннюю жизнь, за Ваши взаимоотношения с самим собой».

6 лист – «Нарисуйте части тела, которые отвечают за интеграцию всех выше описанных функций и за контролем за их осуществлением».

7 лист – «Нарисуйте те части тела, которые Вы не нарисовали или которые почему-то Вам важно нарисовать еще раз».

Каждый последующий лист, клиент берет строго после того как переворачивает предыдущий, чтобы не иметь возможности посмотреть, что уже было нарисовано. В завершении клиенту необходимо ножницами вырезать все нарисованные органы и объединить их в единый коллаж, собрать целого человека из всех частей. Интерпретируется полученный коллаж по следующим критериям: человек должен получиться целым; внутренние части должны находиться внутри; части тела должны быть соразмерными; изображение должно быть реалистичным; функции должны быть дифференцированы; изображение должно быть кратным (количество органов должно быть, как в реальной жизни).

Рефлексия

Занятие 16.

Цель: осознание реакции своего тела и общего состояния; обучение способам выражать своё состояние; снятие стрессового напряжения.

Упражнение «Силуэт человека»

Цель: осознание реакции своего тела и общего состояния, обучение способам выражать своё состояние.

Нарисовать свое тело (простым карандашом). Нарисовать рядом карту эмоций (цветными) – радость, грусть, сексуальность ...разместить их на рисунке тела (где что получилось?). Исследовать, что нарисовано лучше, что хуже? (Мы знаем свое тело неравномерно. Наши органы имеют разную ценность для нас. О чем-то мы заботимся лучше).

Упражнение «Цветные звуки моего тела»

Цель: осознание реакции своего тела и общего состояния; обучение способам выражать своё состояние; снятие стрессового напряжения.

Наше тело может звучать, как целый оркестр. И каждая часть тела звучит по-своему. Нужно только уметь слышать своё тело. Давайте послушаем тело прямо сейчас.

Сядьте удобно, расслабьтесь. Закройте глаза.

Итак, послушайте своё тело...Представьте себе, какие мелодии или просто звуки могут звучать внутри него. Это мелодия или звуки возникнут в нашем представлении сами собой. Не прогоняйте их. Послушайте их.

Теперь сосредоточьтесь на затылке...

Теперь сосредоточьтесь на глазах... Слушайте их...

Теперь сосредоточьтесь на губах...

Перейдите к носу...

Теперь послушайте свою шею...

Теперь плечи...

Теперь перейдите к рукам...
Послушайте грудь...спину...
Прислушайтесь к животу...пояснице...
Теперь прислушайтесь к ягодицам...
Послушайте свои ноги...отдельно послушайте стопы...
А теперь постарайтесь послушать всё тело целиком...
Теперь откройте глаза.

Мы можем не только слышать своё тело, но и видеть его в разнообразных красках.
Что бы это увидеть нам с вами надо взять лист бумаги и карандаши/краски.

Для начала надо нарисовать на листе бумаги силуэт своего тела. Когда он будет готов – изобразите карандашами или красками то, как вы чувствуете своё тело. Постарайтесь нарисовать этот образ.

Примечание: Выполнив данное упражнение, задумайтесь:

- звучание какой части теле вам понравилось больше всего, а какое не понравилось?

- что по вашему мнению, означают цвета, которые вы взяли для каждой части тела?

- гармонирует ли звучание тела с той цветовой гаммой, которую вы выбрали?

Когда мы слышим своё тело и умеем видеть его в разных красках – мы не только начинаем лучше понимать своё состояние, выражать его без слов, но и снимать стрессовое напряжение. Например, если вы из-за чего-то расстроились, вы можете сесть, услышать все звуки, а потом выразить их цветом. Может быть, ваши краски будут тёмными, а звуки не слишком мелодичными – всё равно это поможет вам снять излишнее напряжение, а потом вы сможете обдумать всё более спокойно.

Рефлексия

Занятие 17.

Цель: осознание реакции своего тела и общего состояния; работа с образом болезни, формирование навыков рефлексии.

Упражнения «Преимущества моей болезни»

Цель: работа с образом болезни.

Преимущества болезни:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Эмоции, которые я испытываю при этом:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Убеждения, фиксированные идеи, мысли, которые мешают удовлетворить эти потребности без болезни:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

- 5 _____
 6 _____
 7. _____

Аффирмации:

1. _____
 2. _____
 3 _____
 4 _____
 5 _____
 6 _____
 7. _____

Упражнение «Рисуем себя»

Цель: формирование навыков рефлексии.

Психолог предлагает нарисовать два рисунка: «Каким я был, когда начал заниматься», «Каким я представляю себя сейчас».

После выполнения проводится индивидуальная беседа по рисункам.

Рефлексия

Занятие 18.

Цель: осознание телесных ощущений; снятие стрессового напряжения, работа с образом болезни/здоровья, развитие рефлексии.

Упражнение «Симптом болезни»

Цель: изучение роли болезни в жизни человека.

Нарисовать свой симптом. Идентифицироваться с ним и придумать рассказ от его имени. Кто он? Для чего? В чем его польза? какие чувства он выражает? К кому? Обсуждение.

Упражнение «Мое здоровье»

Цель: формирование образа здоровой личности

Надо взять лист бумаги, ручку и написать 20 ответов на вопрос «Зачем мне здоровье?». Так наше сознание переориентируется на здоровье, и намного быстрее и эффективнее пойдет процесс выздоровления. Важно: ответы должны быть в утвердительной форме (не содержать частицы «не»). Ведь наше подсознание не воспринимает частицу «не». Обсуждение.

Рефлексия

Занятие 19.

Цель: формирование интернальности.

Упражнение «Анализ жизненной ситуации»

Цель: формирование интернальности, развитие навыков рефлексии.

Инструкция: Выберите одну из своих жизненных ситуаций, которые требуют решения. Составьте два списка причин, которые затрудняют решение этой ситуации: внешние причины и внутренние.

Внешние причины (те, которые не зависят от вас)	Внутренние причины (чувства и др.)
Мой нынешний начальник меня не отпустит, на новой работе есть люди, которым могут отдать эту должность	У меня недостаточно компетенции для обязанностей, которых требует новая должность

После того как составите оба списка, переформулируйте ваши внешние причины таким образом, чтобы они начались со слов «Я», а внутренние - «Мне необходимо». Вот, что получилось с нашим примером

Внешние причины (те, которые не зависят от вас)	Внутренние причины (чувства и др.)

Я боюсь конфликта с начальником. Я боюсь конкуренции на новом рабочем месте.	Мне необходимо подготовиться к новой должности: почитать специальные книги, потренироваться за компьютером делать такие-то отчеты, попросить подругу разъяснить мне такую-то программу.
--	---

Таким образом, внешние причины превратились во внутренние, а внутренние – в алгоритм действий. Ответьте на вопросы: Что изменилось после переформулировки? Что вы чувствуете, когда вы перечитываете ваши причины в новой формулировке? Например, причина нехватка времени – переформулируем ее так – «Я до сих пор не считаю важным выделить на это достаточно времени».

Упражнение «Коллапс якорей»

Цель: формирование интернальности.

1. Идентифицируйте якорь, вызывающий нересурсное состояние. Вспомните о каком-нибудь сигнале, вызывающем негативную реакцию. Сразу же переключитесь в нормальное состояние.

2. Выберите и заякорьте ресурсное состояние. Вспомните аналогичный сигнал, на который Вы реагируете положительно. Представьте его себе ассоциированно. В момент наиболее сильной реакции установите якорь. Проверьте действие якоря. Отшкалируйте. Выберите интенсивность ресурсного якоря, необходимую для коллапса нересурса. Можно установить «запасной» якорь.

3. Установите якорь на нересурс. Осторожно ассоциируйтесь в ситуацию, где возникает нересурсный якорь. Установите якорь.

4. Коллапс якорей. Продолжая удерживать нересурсный якорь, введите ресурсный. Отмечайте признаки коллапса якорей. По окончании процесса снимите якоря.

5. Проверка коллапса. По очереди проверьте прежний ресурсный и нересурсный якоря. Отметьте изменение реакции.

6. Экологическая проверка. Вспомните сигнал, вызывавший неприятные ощущения. Как Вы на него реагируете? Устраивает ли Вас Ваша реакция? Как это может повлиять на Вашу жизнь?

Подстройка к будущему. Когда и где в будущем может снова появиться такой сигнал? Как Вы будете реагировать? При необходимости воспользуйтесь «запасным» якорем.

Рефлексия

Занятие 20.

Цель: развитие гибкости, самостоятельности, формирование образа здоровой личности.

Упражнение «Я здоров»

Цель: формирование образа здоровой личности

Надо взять лист бумаги, ручку и написать 50 и более ответов на вопрос «Как я пойму, что я здоров?» (в каких ощущениях, как я буду себя чувствовать). Например, «я буду вставать в 5 утра полный сил и энергии, я буду ощущать легкость в теле, у меня будет хорошее ровное настроение» и т.д.

Пока мы не создадим внутри себя четкую и ясную систему координат, здоровье не будет меняться к лучшему. Потому что зачастую на самом деле человек не хочет меняться, не хочет становиться здоровым. А эти упражнения помогают правильно ориентировать подсознание. После того, как их выполним, мы начнем строить свою жизнь так, чтобы двигаться к здоровью. Теперь любые действия, направленные на здоровье, дадут намного больший эффект. Важно: листы с ответами не надо выбрасывать. Когда мы почувствуем, что у нас плохое настроение или вот-вот мы заболеем, надо взять в руки эти листки - перечитывать их необязательно, на нашем подсознании уже будет стоять «якорь», связан-

ный с тем, что мы написали. Даже тот факт, что мы их держим в руках, будет запускать внутри нас процессы, настраивающие на здоровье.

Эта техника универсальна. Она касается здоровья и семейных отношений, денег и других аспектов жизни. Надо изменить только ключевое слово в вопросе - дальнейшие действия аналогичны.

Упражнение «Я в будущем»

Цель: активизация когнитивной и эмоциональной сфер относительно жизненных событий в целом и будущего.

Сегодня вы должны нарисовать себя так, как вы хотели бы выглядеть через десять лет в ваших самых смелых мечтах. Если хотите, можете сделать набросок. Не важно, каким получится рисунок, — гораздо важнее, чтобы он помог вам понять, чего бы вы хотели в жизни добиться, что для вас имеет значение. Вы поняли, что я имею в виду?

Я хотел бы высказать еще несколько пожеланий относительно содержания рисунков. Постарайтесь отразить в своем рисунке ответы на следующие вопросы:

Как ты хочешь одеваться?

Чем ты хочешь заниматься?

Где ты хочешь жить?

С какими людьми ты бы хотел быть вместе?

Какие вещи должны тебя окружать?

Как ты хочешь проводить свой досуг?

Как должно выглядеть твое рабочее место?

Напишите эти вопросы на видном месте.

В заключение напишите на рисунке несколько предложений, связывающих воедино различные части вашей мечты о будущем и показывающих их значение для вашей жизни. На всю работу вам предоставляется 20 минут.

Подведение итогов

Понравилось ли мне это упражнение?

На каком этапе я был особенно вовлечен в работу?

Как отдельные части моего рисунка отражают мои нынешние ценностные представления?

Что (какие ценности) отражают мои мечты?

Как я буду себя чувствовать, если мои мечты осуществятся?

Если мои мечты воплотятся в жизнь, то каковы будут преимущества и недостатки этой новой жизни?

Что бы я хотел еще сказать?

Комментарий. Простая структура упражнения создает идеальную основу для анализа ценностных представлений в разных областях жизни. Чтобы еще более четко представить структуру индивидуальных ценностей, можно дополнительно попросить всех участников составить на основе своих рисунков каталог ценностей и расположить их там по степени важности. Помогите понять, что для них является наиболее важным в жизни.

Рефлексия

Сводная таблица по результатам диагностики

Опросник комплаентности/ приверженности лечению					Опросник саморегуляции							Уровень субъективного контроля						
<i>Первичная диагностика</i>																		
	социальная приверженность лечению	эмоциональная приверженность лечению	поведенческая приверженность лечению	общая приверженность лечению	планирование	моделирование	программирование	оценка результата	гибкость	самостоятельность	общий уровень саморегуляции	ШКАЛА ИО	ШКАЛА ИД	ШКАЛА ИН	ШКАЛА ИС	ШКАЛА ИП	ШКАЛА ИМ	ШКАЛА ИЗ
1	14	10	9	33	3	6	4	4	3	3	23	3	7	3	2	4	5	4
2	10	11	11	32	4	4	6	4	3	2	23	4	7	4	5	1	3	4
3	13	9	10	32	3	7	5	2	3	3	23	4	5	5	4	4	6	5
4	12	10	10	32	3	6	6	3	3	2	23	4	7	5	6	6	5	5
5	10	9	9	28	3	6	6	2	3	3	23	4	6	3	6	6	5	4
6	14	11	8	33	3	6	5	4	2	3	23	4	5	4	5	4	6	5
7	15	9	10	34	4	6	5	3	3	2	23	5	6	4	5	6	4	5
8	16	10	9	35	3	6	5	3	3	3	23	5	5	5	5	6	6	4
9	15	12	10	37	4	5	5	3	2	2	21	4	5	4	4	5	6	4
10	15	11	10	36	3	5	5	3	3	4	23	4	6	3	4	6	6	4
11	15	11	10	36	4	5	5	3	3	3	23	3	6	3	4	4	6	3
12	15	10	9	34	3	6	4	3	3	2	21	4	6	5	5	4	4	6
13	15	11	8	34	2	7	6	4	2	2	23	5	6	4	6	4	5	4
14	14	9	10	33	3	6	6	2	3	3	23	5	7	4	4	5	5	3
15	14	11	10	35	3	6	5	5	2	2	23	4	6	5	6	4	6	6
16	28	28	30	86	2	7	5	3	3	2	22	4	6	4	5	6	4	4
17	14	10	9	33	2	6	5	4	2	2	21	4	7	5	5	6	5	4
18	11	10	9	30	4	5	5	2	3	3	22	3	6	5	6	6	6	5
19	11	9	11	31	4	5	4	3	2	3	21	4	6	4	4	4	6	4
20	17	17	15	49	3	6	5	4	3	2	23	3	7	4	6	5	6	5
21	15	11	10	36	3	6	4	3	3	3	22	4	7	4	6	5	5	4
22	14	11	9	34	2	6	3	5	3	3	22	4	6	5	6	6	6	5
23	16	12	9	37	3	7	4	3	3	2	22	5	6	4	4	6	3	4
24	15	12	10	37	4	7	5	2	2	3	23	5	6	5	4	5	4	5
25	15	9	8	32	4	6	5	2	3	3	23	4	6	5	6	4	6	5
26	14	11	9	34	5	6	6	5	5	4	31	5	6	4	5	6	5	4
27	17	20	16	53	4	4	4	5	5	4	26	4	5	4	4	5	6	4
28	17	19	19	55	5	5	4	4	5	6	29	4	6	3	4	6	6	4
29	18	25	22	65	5	4	5	4	4	5	27	4	6	4	5	6	4	6
30	19	24	24	67	4	4	5	4	4	4	25	4	7	5	5	6	5	4
31	19	23	19	61	4	5	4	4	5	4	26	4	6	4	6	5	5	6

32	20	24	25	69	5	4	5	5	4	5	28	4	6	5	6	6	6	5
33	20	25	23	68	4	4	6	5	6	5	30	5	6	4	4	6	6	4
34	23	23	20	66	4	6	5	4	5	5	29	6	5	6	5	6	6	5
35	18	23	22	63	5	6	6	5	4	4	30	6	6	6	6	5	7	6
36	19	22	22	63	5	4	5	6	5	4	29	4	6	5	5	4	4	6
37	20	26	23	69	4	5	5	6	4	4	28	5	6	4	6	4	5	6
38	23	25	21	69	7	7	5	6	9	7	41	4	6	3	4	6	6	4
39	28	37	38	103	8	6	5	7	9	8	43	6	5	6	7	5	6	6
40	32	32	39	103	8	8	5	6	8	8	43	7	6	7	6	6	6	6
41	33	33	37	103	8	6	5	6	7	8	40	6	6	6	6	6	6	5
42	33	33	39	105	7	6	6	6	8	8	41	6	5	6	5	6	6	5
43	32	32	40	104	9	7	5	6	7	7	41	6	6	6	6	5	7	6
44	37	36	38	111	7	6	6	7	8	8	42	6	4	7	4	5	5	6
45	34	38	39	111	7	6	5	6	8	8	40	5	6	5	7	6	6	7
46	33	33	39	105	8	7	5	7	8	8	43	7	6	7	6	6	7	5
47	35	32	37	104	6	6	5	7	8	8	40	7	7	7	7	7	6	6
48	31	33	38	102	7	6	6	7	9	8	43	6	5	7	5	5	7	7
49	15	12	15	42	8	6	5	5	9	8	41	5	4	5	4	5	6	6
50	38	33	39	110	9	6	5	6	8	7	41	7	5	7	6	6	5	5
<i>Повторная диагностика группы респондентов с низким уровнем приверженности лечению после психокоррекционной программы</i>																		
1	25	29	23	77	5	4	2	6	4	4	25	5	5	5	5	4	5	6
2	12	14	14	40	5	3	3	5	4	5	25	6	5	6	5	5	5	5
3	17	35	21	73	6	7	5	5	5	4	32	6	5	5	5	4	6	5
4	23	32	21	76	4	5	3	4	4	3	23	5	5	5	6	6	5	5
5	13	14	13	40	4	5	5	6	4	4	28	5	6	5	6	6	5	6
6	16	32	28	76	6	6	4	6	6	4	32	5	5	6	5	4	6	6
7	15	32	28	75	4	6	4	3	3	4	24	6	6	6	5	6	5	5
8	16	36	24	76	3	3	5	6	3	3	23	6	5	5	5	6	6	6
9	22	32	23	77	4	5	4	3	4	4	24	5	5	6	5	5	6	5
10	11	17	12	40	6	5	5	6	6	4	32	5	6	5	4	6	6	6
11	13	14	13	40	4	5	5	3	3	5	25	5	6	5	5	6	6	5
12	14	15	11	40	5	4	4	3	3	3	22	5	6	5	5	4	5	6
13	12	13	15	40	6	5	6	6	5	4	32	5	6	6	6	4	5	6
14	13	12	14	39	6	6	6	6	4	4	32	5	5	6	4	5	5	5
15	14	13	12	39	5	3	5	5	4	5	27	4	6	6	6	6	6	6
16	28	27	22	77	5	4	5	4	4	4	26	6	6	7	5	6	5	6
17	15	14	11	40	6	6	5	6	5	4	32	6	7	5	5	5	5	6
18	17	11	12	40	4	5	2	5	3	3	22	6	6	5	6	6	6	5
19	14	12	14	40	4	5	5	6	5	4	29	5	6	6	4	6	6	6
20	13	13	14	40	5	4	4	4	3	3	23	5	7	7	6	5	6	6
21	12	12	16	40	3	6	4	3	4	3	23	4	7	6	6	5	5	6
22	14	14	12	40	2	6	5	3	3	4	23	5	6	5	6	6	6	5
23	21	32	24	77	5	4	4	3	4	4	24	5	6	6	4	6	5	6
24	12	11	18	41	6	6	5	6	5	4	32	5	6	5	4	5	4	5