

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

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА
Кафедра общей и клинической психологии

**ГРУППОВАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ
ФТИЗИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ**

Дипломная работа
студентки очной формы обучения
специальности 37.05.01 Психология
6 курса группы 02061202
Чижиковой Дарьи Владимировны

Научный руководитель:
доцент кафедры общей
и клинической психологии
Шарапов А.О.

Рецензент: Викторова Е.А.

БЕЛГОРОД – 2018

	стр.
ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КОМПЛАЕНТНОСТИ ФТИЗИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ	8
1.1. Психологические особенности фтизиатрических больных	8
1.2. COMPLAINT как психологический фактор, обуславливающий успешность противотуберкулезной терапии.....	16
1.3. Основные направления психологической коррекции COMPLAINT фтизиатрических больных	23
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ COMPLAINT ФТИЗИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ.....	30
2.1. Организация и методы исследования особенностей психологической коррекции фтизиатрических больных	30
2.2. Анализ и интерпретация результатов диагностики особенностей COMPLAINT фтизиатрических больных в условиях диспансеризации	33
2.3. Программа психологической коррекции COMPLAINT фтизиатрических больных в условиях диспансеризации.....	46
2.4. Оценка эффективности программы психологической коррекции	50
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	56
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	61
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	67

Введение

Туберкулез легких является тяжелым инфекционным заболеванием, оно оказывает колоссальное влияние на соматическое состояние человека. Также нельзя не принять во внимание, что инфицированный попадает в острые стрессирующие условия, связанные с необходимостью длительного лечения в условиях госпитализации, резкой сменой ролевого функционирования, прекращением профессиональной деятельности, снижением социальных контактов ввиду стигматизации лиц с данной нозологией и т.д. Ряд авторов, таких как С.В. Берлин-Чертов [2], Г.В. Баранова [3], Р.В. Кадыров [13], Я.И. Коц [15], Т.Л. Миронова [29], Н.Н. Сиресина [40; 41; 42], Е.А. Фау [53], Т.А. Худшина [54] отмечают, что вся совокупность мультифакторных негативных влияний на пациента провоцируют различные эмоциональные нарушения, которые зачастую ведут к снижению уровня комплаентности (к несоответствию предписаний врача и поведения пациента), следовательно - к снижению эффективности медикаментозной терапии, к ухудшению совокупного состояния пациента и к затруднениям в реабилитации, а также к повышению риска заражения окружающих. Очевидно, что качественная и квалифицированная медицинская помощь физиатрическим пациентам не является гарантией успешного выздоровления и адаптации личности, в помощи пациентам следует применять системный подход.

Актуальность темы нашего исследования выражается в недостаточной теоретической изученности особенностей комплаентности физиатрических больных в условиях диспансеризации, а также в низком уровне фактического психологического сопровождения физиатрических пациентов в период диспансеризации.

Такие авторы как С.В. Берлин-Чертов [2], Г.В. Баранова [3], Р.В. Кадыров [13], Я.И. Коц [15], Т.Л. Миронова [29], Т.В. Пьянзова [38], Н.Н. Сиресина [40; 41; 42], М.И. Тараненко [51] считают, что приверженность пациентов к

назначаемой терапии - фактор, в значительной степени определяющий эффективность лечения, поэтому повышение степени соблюдения рекомендаций больными является актуальной проблемой. Поиск путей повышения комплаентности больных туберкулезом является важной как в медицинской, так и в психологической сферах.

«Нет ни одной болезни, где бы психика во всех ее проявлениях играла такую роль, как при туберкулезе легких, начиная с момента возникновения до ее конца», - писал С.В. Берлин-Чертов [2, с. 29]. Исходя из этого, пациенты должны рассматриваться как система «организм-личность», где неадекватные личностные реакции, отношение к болезни в значительной мере могут быть одними из отрицательных факторов, затрудняющих излечение от туберкулеза.

Р.В. Кадыров [13] утверждает, что психологическая помощь способна повысить результативность медицинского, медикаментозного вмешательства, а также разгрузить медицинский персонал от несвойственных функций.

Несмотря на очевидную теоретическую и практическую значимость изучения данной проблематики, на сегодняшний день в клинической психологии еще слабо изучен понятийный аппарат, описывающий феномен комплаентности, отсутствуют систематизированные представления о закономерностях его формирования и функционирования, остаются неразработанными основные психодиагностические и психокоррекционные критерии. Существующие исследования в этой области, как правило, теоретически недостаточно обоснованы, немногочисленны и фрагментарны, исследования комплаенса больных с хроническими соматическими заболеваниями остаются единичными.

Также, несмотря на признание важности данного вопроса, наблюдается слабая изученность проблемы психологической коррекции комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации. Современные реалии отражают, что во многих случаях психологическое сопровождение пациентов вовсе не включает в себя участие психологов-специалистов, а реализуются медицинским персоналом. Основной упор в такой работе идет на информирование пациентов о сущности болезни и на организацию

немногочисленных мероприятий, мишенью которых является ослабление стигматизации инфицированных.

Перед исследованием мы ставим следующую **проблему**: каковы особенности групповой психологической коррекции комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации?

Целью нашего исследования является изучение особенностей групповой психологической коррекции фтизиатрических больных в условиях диспансеризации.

Объект исследования: комплаентность фтизиатрических больных к процессу терапии.

Предмет исследования: групповая психологическая коррекция комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации.

Гипотезы исследования:

1. В условиях противотуберкулезного диспансера большая часть фтизиатрических больных обнаруживает низкий уровень комплаентности.

2. Комплаентность фтизиатрических больных возможно повысить посредством включения их в программу групповой психологической коррекции, направленную на основные структурные компоненты комплаенса: эмоциональный, когнитивный и поведенческий.

Задачи были сформулированы в соответствии с целью исследования:

1. На основе теоретического анализа научной литературы выявить степень разработанности исследуемой проблемы.

2. Выявить уровень и особенности комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации.

3. Разработать и реализовать программу групповой психологической коррекции комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации, а также оценить эффективность ее применения.

Теоретической основой исследования является идея В.Д. Менделевича о том, что комплаенс имеет сложную структуру, состоящую из трех

функциональных блоков. В.Д. Менделевич дифференцировал комплаенс на сенсорно-эмоциональный (включающий непосредственные впечатления и переживания, вызванные ситуацией лечения), логический (представляет систему оценок и суждений для объяснения необходимости лечения и его эффектов) и поведенческий (сформирован мотивами, действиями и поступками по реализации терапевтической программы) блоки [28].

Важным теоретическим компонентом данного исследования является представление Курта Левина [25] о том, что большинство объективных изменений происходит в групповом, а не в индивидуальном контексте.

В исследовании использовался **комплекс методов**, применение которых определялось спецификой решения на каждом этапе исследовательских задач:

1. Теоретические: анализ психологических, медицинских исследований; обобщение, сравнение и систематизация имеющихся представлений по проблеме исследования.

2. Эмпирические: беседа, анкетирование, тестирование.

3. Статистические: U-критерий Манна-Уитни, H-критерий Крускала-Уоллиса, t-критерий Стьюдента.

4. Психокоррекционные: групповая форма психокоррекционных мероприятий.

В ходе исследования были использованы следующие **методики**: опросник «Уровень комплаентности» Р.В. Кадырова; «Симптоматический опросник» Л. Дерогатис; тест «Смысложизненные ориентации» Д.А. Леонтьева; тест «Тип отношения к болезни» Л.И. Вассермана, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев и Э.Б. Карпова.

Исследование проводилось на **базе** ОГКУЗ «Шебекинский противотуберкулезный диспансер». В нем приняло участие 20 пациентов стационарного отделения с закрытой формой туберкулеза.

Структура дипломной работы отражает логику, содержание научного поиска и результаты исследования. Она состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложения.

При написании было использовано 63 источника литературы, 4 таблицы, 5 диаграмм и 10 приложений. Объем работы составляет 67 страниц машинописного текста.

Глава I. Теоретические основы исследования особенностей психологической коррекции комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации

1.1 Психологические особенности фтизиатрических больных

Любые значимые перемены влияют на эмоционально-психическую сферу человека, затрагивают личность, изменяя ее. Перемены могут спровоцировать переоценку системы ценностей, в связи с чем могут измениться или возникнуть новые мотивы деятельности. Заболевание изменяет личность, затрагивая отдельные компоненты системы, оно влияет на нее в целом. Соматическое или психическое заболевание является сложной цепью взаимно связанных звеньев. В число этих звеньев входят особенности реактивности, механизмов адаптации, нейрогуморальной и нейроэндокринной регуляции, процессов метаболизма, психогенные воздействия, свойства личности, ее реакции и особенности социальной среды.

Ситуация болезни приводит к тому, что человек вынужден жить в измененных условиях. А.Е. Личко выделяет следующие типы отношения к болезни:

«1. Гармонический – правильная, трезвая оценка состояния, нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

2. Эргопатический – «уход от болезни в работу», желание сохранить работоспособность.

3. Анизогностический – активное отбрасывание мысли о болезни, «обойдется».

4. Тревожный – непрерывное беспокойство и мнительность. Вера в приметы и ритуалы.

5. Ипохондрический – крайняя сосредоточенность на субъективных ощущениях и преувеличение их значения, боязнь побочного действия лекарств, процедур.

6. Неврастенический – поведение по типу «раздражительной слабости». Нетерпеливость и вспышки раздражения на первого встречного (особенно при болях), затем – слезы и раскаяние.

7. Меланхолический – неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение (угроза суицида).

8. Апатический – полное безразличие к своей судьбе, пассивное подчинение процедурам и лечению.

9. Сензитивный – чувствительный к межличностным отношениям, полон опасений, что окружающие его избегают из-за болезни, боязнь стать обузой для близких.

10. Эгоцентрический – «уход в болезнь» с выставлением напоказ страданий, требование к себе особого отношения.

11. Паранойяльный – уверенность, что болезнь является результатом чьего-то умысла, а осложнения влечения являются результатом халатности медицинского персонала.

12. Дисфорический – доминирует мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым. Вспышки гнева с требованием от близких угождения во всем» [19, с 1996].

Наблюдая пациентов с туберкулезом, ученые отмечают, что длительное хроническое заболевание негативно влияет не только на соматическую, но и на психическую сферу человека. В свою очередь, как тело влияет на психику, так и психика влияет на течение заболевания.

В литературе широко освещена роль медико-эпидемиологических и социальных факторов, однако роль психики при данном заболевании изучена недостаточно. Еще в 1923 году фтизиатр Ф.Г. Яновский высказал мысль, до сих пор актуальную: «В области туберкулеза идет теперь бурная работа по

изучению всех сторон его ... и лишь одно остается как бы в стороне от разработки – это изучение психики туберкулезного. А между тем именно при этой болезни она оказывает такое могучее влияние и на соматические стороны заболевания» [60, с. 12].

В своих работах С.В. Берлин-Чертов отмечал наблюдаемые у фтизиатрических больных изменения психики, которые усложняют организацию терапии, следовательно, снижают ее эффективность. По его мнению, исключить данный фактор возможно посредством специализированного психологического сопровождения пациентов во время долгосрочной терапии [2].

Под влиянием широкого многообразия факторов у больных формируются индивидуальные, субъективные взгляды на его болезнь, этот феномен определяется как аутопластическая или внутренняя картина болезни (далее ВКБ). Внутренняя картина болезни имеет несколько сторон. Сенситивная составляющая включает в себя, например, локальные боли. Эмоциональный аспект ВКБ выражается в страхах, тревогах, в отношении к диагнозу. Волевой компонент представлен усилиями, которые пациент прикладывает для того, чтобы справиться с заболеванием. Знания о болезни и ее когнитивная оценка входят в информативную сторону ВКБ.

А.Р. Лурия выражал мнение о том, что чаще всего аутопластическая картина болезни имеет расхождение с реально имеющимися симптомами. На характер и специфику ВКБ оказывает влияние степень чувственного и интеллектуального развития, а также особенности восприятия. Основываясь на восприятии и субъективной оценке симптомов, строится отношение к болезни [22].

Е.А. Наумова утверждала, что ВКБ необходимо рассматривать как концентрацию болезни, созданную эмоциями и чувствами, ощущениями, отношением и познаниями больного [33].

И.С. Ерхов и Л.Н. Собчик отмечают, что на особенности личностного реагирования во многом влияют изменения в психической деятельности, спровоцированные тяжестью болезни [12].

Р.Ш. Валиев отмечает, что «у фтизиатрических больных наблюдаются следующие типы реакций на болезнь в рамках взаимодействия диады «врач-пациент»:

1. Содружественная реакция. Чаще проявляется у больных с достаточным уровнем интеллектуального развития. Такие пациенты выстраивают адекватные отношения с лечащим врачом. При таком типе реакции пациент пунктуален, исполнительен, доброжелателен и внимателен, для него врач является авторитетной фигурой, мнению которой можно доверять.

2. Спокойная реакция. Наблюдается у пациентов с достаточным уровнем устойчивости эмоциональной и волевой сфер. Как и больные с содружественным типом реакции, они пунктуальны, корректно воспринимают рекомендации врача, действуют в соответствии с врачебными предписаниями в соответствии с терапевтическим планом. Несмотря на выраженное спокойствие и контактность к медицинскому персоналу, лицам с данным типом реакции свойственно не полное осознание состояния своего здоровья.

3. Неосознаваемая реакция. Проявляется в качестве психологической защиты. Такую реакции не всегда необходимо устранять, поскольку при серьезных заболеваниях с пессимистичным исходом она играет роль стабилизатора и способствует поддержанию оптимального психологического состояния.

4. Следовая реакция. Даже при благополучном выздоровлении пациент может сомневаться, ожидая или предполагая возможность рецидива. На фоне этих сомнений развиваются ипохондрические наклонности, угнетенное и депрессивное настроение» [5, с 28].

Такие исследователи, как Р.Ш. Валиев, Н.В. Горбунова, Н.Н. Сиресина, Г.В. Баранова и С.В. Берлин-Чертов в своих работах установили, что

фтизиатрические пациенты отличаются от соматически здоровых людей особенностями эмоционально-волевой сферы, когнитивными установками, а также негармоничными стилями межличностного взаимодействия [2; 3; 5; 8; 41].

Н.Н. Сиресина также отмечает, что для больных туберкулезом характерны специфические черты эмоционально-волевой сферы, выражающиеся в присущей им импульсивности, непостоянстве, низкой мотивированности. Среди особенностей саморегуляции фтизиатрических больных выделяется наличие конформизма и низкого уровня самоконтроля. В регуляции социального поведения больные с данным диагнозом демонстрируют игнорирование и не соблюдение принятых в обществе правил и социальных норм. Отмечается, что мышление фтизиатрических больных имеет меньшую оперативность, конкретно и является ригидным. Больные туберкулезом консервативно относятся к окружающему. В сопоставлении с соматически здоровыми личностями фтизиатрические больные имеют менее высокий эмоциональный тонус и высокую психологическую напряженность [41].

Человек, узнавший о своем диагнозе переживает тяжелейший кризис. В своих работах Н.В. Горбунова и Г.Я. Кошелева обнаруживают, что заболевание туберкулезом влияет на человека следующим образом: изменяет самооценку (человек по-другому оценивает свои возможности и место среди других людей); влияет на самоуважение; снижает уверенность в себе; влияет на самосознание (изменяет образ себя и отношение к себе) [8; 17].

Известие о выявленном туберкулезе вызывает у людей понятные страхи не только за свое физическое состояние и жизнь, но и за здоровье родных. Реакции психологического плана могут проявляться через депрессивные состояния, которые сопровождаются тревогами, беспокойствами, переживанием безнадежности, обреченности. Все это сопровождается

самообвинениям. Есть высокий риск развития депрессии с суицидальными мыслями и попытками, навязчивыми мыслями.

Так как болезнь значительно влияет на личность и изменяет не только биологическую составляющую, но и психологическую, то затяжной, хронический характер заболевания несет разрушительное влияние и для тела, и для психики.

При изучении вопроса особенностей эмоционального состояния физиатрических больных следует отметить, что некоторые авторы, такие как Т.Л. Миронова, приписывают решающую роль в развитии туберкулеза специфическим чертам личности пациента, таким как низкая эмоциональная стабильность, нерешительность, инертность, робость, тенденция к самообвинению, скептицизму. У физиатрических больных выражена склонность к накоплению негативных аффектов со склонностью к эмоциональной напряженности [29]. Также наблюдаются дистанцированность в межличностных отношениях и противопоставление себя социуму, что подтверждается в исследовании психологических особенностей мужчин и женщин с впервые выявленным туберкулезом, произведенном В.Д. Ломаченковым [21].

По мнению В. Н. Мясищева, определенные субъективно непереносимые или повторяющиеся переживания личности вызывают возбуждение или торможение соответствующих корковых и подкорковых систем, что сопровождается нарушениями функций вегетативной нервной системы и способствует созданию почвы для так называемой функциональной стадии заболевания или продромального периода инфекционного страдания [32].

Качество жизни личности во многом определяет психологический комфорт, насколько хорошо человек ощущает себя внутри и в условиях социума. Инфекционное заболевание, такое как туберкулез, в значительной степени влияет на качество жизни. Например, если фтизиатрическая инфекция обнаружена у человека, чья профессиональная деятельность связана с детьми

или пищевым производством, то он вынужден покинуть работу, следовательно, степень психологического комфорта резко идет на спад. Однако, некоторые слои населения могут найти во фтизиатрическом заболевании свои выгоды. Например, для лица без определенного места жительства, не занятого профессионально, условия стационара или диспансеризации явно повысят уровень психологического комфорта на фоне постоянного ухода, регулярного питания и длительно организованного лечения в безопасных условиях.

В.Д. Ломаченков отмечает, что социально адаптированный человек, узнавший о диагнозе туберкулез, имеющий необходимый объем знаний о данном заболевании и проявляющий нормальную степень ответственности будет переживать реакцию страха и испытывать беспокойство в связи с риском и опасностью для здоровья родных, близких и знакомых. У лиц с впервые выявленным туберкулезом могут наблюдаться реакции, выражающиеся в депрессивности, тревожности, чувстве безнадежности и переживании обреченности. Вероятно, развитие идей самообвинения и самобичевания до той степени, когда появляются суицидальные мысли и попытки [21].

Таким образом, в ходе проведенного анализа научной литературы по теме психологических особенностей фтизиатрических больных мы обнаруживаем, что многие авторы, такие как Р.Ш. Валиев [5], Н.В. Горбунова [8], Н.Н. Сиресина [41], Г.В. Баранова [3] и С.В. Берлин-Чертов [2], В.Д. Ломаченков [21] в своих исследованиях подтверждают наличие у фтизиатрических пациентов таких психологических особенностей когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфер. Ряд авторов, среди которых Г.Я. Кошелева [17], Н.В. Горбунова [8] и Р.В. Кадыров [13] отмечают, что психологические особенности фтизиатрических больных в значительной степени влияют на процесс терапии и на динамику лечения.

На наш взгляд положение о том, что фтизиатрические пациенты имеют характерные психологические особенности, влияющие на эффективность лечения, должно быть основополагающим при разработке и реализации

программы групповой психологической коррекции комплаентности больных туберкулезом в условиях диспансеризации. Мы считаем, что болезнь оказывает негативное влияние на самооценку, самоуважение и самосознание инфицированного. Фтизиатрические пациенты имеют отличия от соматически здоровых людей особенностями эмоционально-волевой, когнитивной и регулятивных сфер. Эмоциональные особенности могут проявляться в переживании негативных чувств, впечатлений, эмоций и отношений, вызванных ситуацией болезни и лечения. Специфика когнитивного компонента психики может выражаться в формировании негативной системы оценок и суждений, касающихся необходимости, результатов и эффектов от противотуберкулезной терапии. Характерные особенности регулятивной сферы фтизиатрических пациентов проявляются в недостаточной мотивации и низкой степени ответственности в отношении выполнения плана лечения и предписаний врача. Для них характерен широкий спектр реагирования на заболевание (от адекватной реакции, до различных форм отклонений по типу переоценки, недооценки, искаженной оценки заболевания или полное его отрицания).

На наш взгляд, весь комплекс психологических особенностей фтизиатрических пациентов может и должен учитываться при планировании и реализации психологического сопровождения больных. Знание специфики психики больных туберкулезом необходимо для поиска адекватных способов нормализации их психологического состояния, что в свою очередь может способствовать повышению эффективности и результативности противотуберкулезной терапии.

1.2 Комплаентность, как психологический фактор, обуславливающий успешность противотуберкулезной терапии

Степень результативности и эффективности противотуберкулезной терапии во многом определяется адекватностью действий, целенаправленностью поведения пациента и его общей активностью по отношению к процессу лечения. От пациента требуется неукоснительное соблюдение предписаний врача и плана лечения. Для успешного течения терапии фтизиатрический больной должен быть активным «субъектом» терапевтического альянса, сотрудничая с лечащим врачом.

Глубина тяжести фтизиатрического заболевания определяет необходимость регулярного, непрерывающегося лечения. Изменению подвергается так же и образ жизни инфицированного, что часто приводит к фрустрации в социальной сфере и сужению возможностей профессиональной реализации в определенных сферах (например, в образовании, пищевом производстве).

Психологи Я.И. Коц [15], А.С. Котов [16], М.А. Морозова [31] и Т.В. Пьянзова [38] в своих работах акцентируют внимание на том, что проблема приверженности пациентов к лечению актуальна и является предметом исследования медицинских и психологических наук. В частности, комплаентность пациента является самостоятельным предметом клинической и медицинской психологии.

В своих трудах Я.И. Коц для обозначения приверженности к лечению использует понятие комплаентность, которым мы также будем оперировать в своем исследовании. Английский термин «compliance» дословно переводится как приверженность. Наряду с терминами комплаентность и приверженность лечению в медицинской литературе используется термин «комплайенс», имеющий несколько трактовок. В рамках одной из них комплаиенс обозначает согласие на выполнение терапевтических предписаний, позицию сотрудничества в диаде «врач-пациент». Другая трактовка акцентирует внимание на осознанном выполнении пациентом точного режима приема

медикаментов, посещения необходимых терапевтических процедур и рекомендаций врача [15].

Обращая внимание на крайне низкий уровень привлечения специалистов-психологов к сопровождению фтизиатрических больных в период диспансеризации В.В. Стрельцов предполагал, что это связано с тем, что изучение комплаенса долгое время было замкнуто в границах традиционной медицинской парадигмы, проблематика исследований ограничивалась вопросами организации поведения больного, его лечебного режима в целях повышения эффективности медикаментозного лечения и предотвращения его отторжения. Лишь сравнительно недавно в поле зрения исследователей оказались такие детерминирующие комплаентность факторы как структура мотивации излечения, копинги и механизмы инсайта, внутренняя картина болезни. Вместе с тем, практически закрытыми остаются ракурсы, открывающие перспективы изучения комплаентности как частного случая сложных социальных отношений, знаково- и культурно опосредствованных, связанных с целостной индивидуально организованной структурой личности, ее субъектностью, ценностными установками, познавательными и коммуникативными стилями. В этом смысле нам показалось методологически эвристичным «вставить» изучение комплаентности в более широкий социально-психологический контекст теоретических и прикладных направлений современной клинической психологии [44].

Р.В. Кадыров отмечает, что в анализе феномена комплаентности можно выделить два плоскости - точки зрения общемедицинского подхода и психологического. И в первом, и во втором подходах объектом изучения является феномен комплаентности. Однако относительно предмета эти подходы различны [13].

Для общемедицинского характерно доминирование биосоциальной модели феномена комплаентности, в которой основной акцент ставится на клинических факторах, влияющих на комплаенс, а также ведущей роли

биологических и социальных факторов этиологии заболевания. В клинические факторы, влияющие на комплаентность больного, включают субъективную сложность переживания симптомов. В таком случае пациент направляется в медицинское учреждение за помощью из-за высокой степени дискомфорта, вызывающего страдания, следовательно, на этой основе формируется установка на лечение с целью снизить степень страданий. При таком развитии событий пациент проявляет достаточную степень терапевтического содействия лечащему персоналу, следует указаниям врача и выполняет терапевтические предписания. Уровень терапевтического альянса и доверия к врачу повышается, если у такого пациента наблюдается положительная динамика и эффективность лечения со снижением уровня дискомфорта и страдания. Но возможна ситуация, при которой медикаменты дают достаточно быстрый эффект и снижают уровень дискомфорта, что ослабляет мотивацию больного на продолжительное лечение на фоне субъективного улучшения здоровья [13].

Клиническая психология, изучая феномен комплаентности, ведущую роль отдает биопсихосоциальной модели. Поскольку в ней помимо биологических и социальных факторов выделяют духовные факторы и психологические.

В нашем исследовании важно рассмотреть феномен комплаентности в рамках психологического подхода. Придерживаясь идей В.Д. Менделевича, мы считаем, что комплаентность можно категоризировать как психическое свойство. Психическими свойствами считают стабильные структуры, которые организуют типичное для личности качество и количество реализуемых поведения и деятельности [28]. Исходя из этого положения можно сделать вывод о том, что комплаентность представляет собой часть структуры психической деятельности, включающей убеждения, которые влияют на поведение человека и затрагивают сферу отношений к терапевтическому процессу в целом.

Опираясь на мнение Р.В. Кадырова, комплаентность можно считать динамическим процессом, включающим в себя пациента, врача, особенности взаимодействия в диаде «врач-пациент», субъективное ощущение симптоматики болезни, взаимопонимание в диаде «врач-пациент» и внутреннюю готовность пациента действовать в направлении выздоровления [13].

Характеризуя комплаентность с психологической точки зрения, в первую очередь следует выделить аутопластическую картину болезни, как базис для формирования комплайенса пациента. Поскольку именно внутренняя картина болезни отражает психологические характеристики больного [16]. Изучение внутренней картины болезни пациента с хроническим заболеванием является важным компонентом планирования психокоррекционной программы направленной на повышение уровня комплаентности.

Опираясь на взгляды А.Р. Лурия, мы придерживаемся положения о том, что «аутопластическая картина болезни представляет собой структуру, состоящую из четырех блоков:

1. Сенсорный (уровень ощущений). Сначала осознается изменение в своем состоянии, начинает испытываться определенного рода дискомфорт. Для человека эти ощущения еще не понятны и не опредмечены. Затем эти ощущения и чувства опредмечиваются, осознаются человеком и относятся к признакам болезни.

2. Когнитивный (познавательный, понятийный уровень). Отнесение дискомфортных ощущений в круг признаков болезни происходит при условии наличия когнитивной модели болезни. Эта модель способствует отнесению определенного дискомфортного ощущения к кругу симптомов соответствующей болезни.

3. Эмоциональный уровень. В зависимости от того, насколько угрожающей оценена угроза на когнитивном уровне, будет проявлена степень эмоционального отклика. Репертуар эмоционального реагирования крайне

разнообразен (отказ верить в наличие заболевания, в правдивость диагноза, ипохондрия, депрессия, тревожность, агрессия и т.д.).

4. Мотивационный уровень. Определяет смыслы, вкладываемые в заболевание. Это может привести к серьезной перестройке образа «Я» личности, отношения к себе и к окружающей действительности, к социуму. Болезнь может рассматриваться как препятствие или благо, способствующее в решении актуальных для человека задач. В этом проявляется вторичная выгода болезни (например, болезнь является спланивающим фактором в семейной системе)» [22, с 12].

Группа психологических факторов включает в себя особенности личности больного, которые в определенном сочетании способны оказать значительное влияние на формирование комплаентности. Если у пациента выражены некоторые личностные черты, влияющие на аутопластическую картину болезни, то они способны определить, как человек отнесется к рекомендациям лечащего врача и особенности его приверженности лечению в целом. Например, лица с выраженной неуверенностью и склонностью сомневаться на фоне высокого уровня тревожности, чаще всего точно соблюдают терапевтический план, поскольку несоблюдение этого плана вызывает у них еще большее повышение чувства тревоги по поводу вероятных последствий. Однако при неуверенности в компетентности и профессионализме лечащего врача терапевтический альянс может быть не сформирован. Если под наблюдением специалиста не достигаются ожидаемые улучшения, такие тревожно-мнительные пациенты теряют доверие к лечащему врачу и ищут нового. У личностей с преобладанием целеустремленности, упорства и ригидностью мышления редко наблюдается отступление от плана лечения и рекомендаций врача. Чаще всего пренебрегают врачебными предписаниями лица с гипертимным складом психики, вероятно из-за завышенной лабильности и недостаточной оценке глубины нарушения состояния своего здоровья.

Малейший положительный сдвиг трактуется гипертимиками как избавление от болезни, вследствие чего прекращают лечение.

Гипотимический склад психики располагает к легкому формированию лечебного альянса по причине того, что они переоценивают глубину нарушения состояния своего здоровья. Однако на фоне выраженного пессимизма и депрессивности жизнь для них теряет изначальную ценность, по причине чего лечение может прекратиться.

Если у человека наблюдается выраженность шизоидных черт личности, то вероятнее всего в вопросе терапии больной будет ориентироваться на свои взгляды и соображения, нежели на рекомендации врача. У данной группы пациентов обнаруживается склонность к самолечению. Все вышеперечисленное усложняет формирование терапевтического альянса.

В своей монографии «Опросник «Уровень комплаентности»», 2014 Р.В. Кадыров выделяет основные психологические компоненты комплаентности и описывает связь между тревожностью, прошлым опытом, приоритетностью ценностей, психологическим благополучием и тем, как эти характеристики влияют на уровень комплаентности (повышают или понижают). Таким образом, согласно Р.В. Кадырову, высокому уровню комплаентности будут способствовать тревожность в сфере своего здоровья, позитивный поведенческий опыт повышения приверженности лечению, высокая ценность здоровья, полноценность жизни и психологическое благополучие.

Уровень развития комплаентности играет определяющую роль в эффективности терапевтического вмешательства. При высоком уровне комплаентности человек стремится сформировать открытые отношения с врачом, доверяет и считает его мнение авторитетным. Врач для пациента с высоким уровнем комплаентности является значимой фигурой, чьи предписания следует точно выполнять. С врачом обсуждаются малейшие сомнения касательно процесса лечения. Пациент готов на все возможное, чтобы сделать процесс

лечения эффективнее. Больной настроен на выздоровление и готов бороться. В общем, наблюдается добросовестное выполнение лечебных предписаний.

При среднем уровне комплаентности обнаруживается неопределенность установок относительно терапии. Возможна ситуативная обусловленность поведения. Несмотря на приверженность лечению, может наблюдаться отрицание его целесообразности как таковой. Наличие или отсутствие приверженности в таком случае могут быть обусловлены особенностями мотивации пациента или возможными вторичными выгодами. Возможна эмоциональная неустойчивость. Неполнота выполнения рекомендаций проявляется на фоне недооценивания глубины нарушений. Лечение, связанное с риском может отвергаться, если нет полной уверенности в его эффективности. Нет установки на безукоризненное следование лечебному плану из-за частых сомнений в его целесообразности.

Пациент с низким уровнем комплаентности будет демонстрировать независимость и направленность на свои решения, независимо от советов и рекомендаций врача. Наблюдается достаточный уровень эмоциональной зрелости, в связи с чем проявляет невозмутимость и направленность на рациональные, логично обоснованные варианты лечения. Свое мнение считает авторитетнее врачебного, уверен в своей правоте, а медицинские предписания подвергает критике. Несмотря на сдержанность и рациональность придает недостаточное значение изменениям состояния здоровья, по причине чего часты осложнения. Установка на удовлетворение своих желаний и сиюминутных потребностей в ущерб терапевтическому процессу [13].

Подводя итог данного параграфа можно сделать вывод о том, вопрос изучения комплаентности, как психологического фактора, обуславливающего успешность терапевтического процесса, является актуальным, практически значимым и заслуживает подробного рассмотрения. Мы поддерживаем мнение Р.В. Кадырова о том, что, лишь будучи «субъектом» терапевтического процесса, пациент способен на выздоровление. Точность и качественность исполнения

предписаний и рекомендаций врача относительно процесса лечения определяют степень приверженности лечению [13]. Существует медицинский и психологический подходы к рассмотрению феномена комплаентности. Медицинский подход использует биосоциальную модель формирования комплаенса, а психологическая – биопсихосоциальную. В психологии комплаентность рассматривается как часть структуры психической деятельности, включающей убеждения, которые влияют на поведение человека и затрагивают сферу отношений к терапевтическому процессу в целом.

Основополагающим для нашего исследования является положение Д.В. Менделевича о структуре комплаентности, включающей три основных компонента, оказывающих существенное влияние на роль пациента в терапевтическом процессе: эмоциональный, когнитивный и поведенческий, в рамках каждого из них может происходить снижение приверженности лечению. Выделяется три уровня развития комплаентности: высокий, средний, низкий, каждый из которых в разной степени определяет эффективность или трудности в терапии и в установлении лечебного альянса в диаде «врач-пациент» [28].

На наш взгляд, уровень приверженности пациента процессу терапии является одним из основных факторов, определяющих эффективность лечения. С целью повышения продуктивности терапии необходимо учитывать психологические особенности пациентов с различными уровнями комплаентности. С учетом этих особенностей важно выстраивать адекватное взаимодействие с больными таким образом, чтобы оно было комфортным и продуктивным как для пациента, так и для персонала диспансера, а также способствовало повышению приверженности терапии.

1.3 Основные направления психологической коррекции комплаентности фтизиатрических больных

Под понятием "коррекция" буквально имеется ввиду "исправление". Психологическая коррекция является необходимой в случае диагностирования у человека девиаций характера или аномалий личности, а также в ситуации сложностей усвоения необходимой деятельности. Однако, в случае, если диагностируются недостатки, имеющие под собой органическую природу. Так же психокоррекции, как правило, не подвергаются устойчивые качества, формирующиеся в раннем детстве и крайне слабо поддающиеся изменению.

По мнению А.Г. Караяни, разница между понятиями «психотерапия» и «психокоррекция» состоит в следующем: психотерапия — «это система медико-психологических средств, применяемых врачом для лечения различных заболеваний, психокоррекция — совокупность психологических приемов, используемых психологом для исправления недостатков психологии или поведения психически здорового человека» [14, с 22].

Психологическая коррекция включает в себя целенаправленно организованное психологическое воздействие на клиента или пациента. Обращаясь к трудам В.Д. Менделевича, обнаруживаем, что психологическая коррекция в клинической психологии осуществляет активное внешнее вмешательство, направленное на приведение в адекватное состояние психики человека, стимулирование его активности, создание душевного комфорта, гармонизацию его отношений с социальным окружением [28].

Рассматривая психокоррекционный процесс в сравнении с процессом психотерапии А.Г. Караяни отмечает ряд характерных отличий. Во-первых, для психокоррекционного процесса является специфичным то, что работа реализуется с клинически здоровыми людьми. Психокоррекция ориентируется на работу с людьми, проявляющими опережденные трудности психологического характера, наблюдающиеся в повседневной жизни, с людьми, имеющими невротические жалобы и с людьми, которые не имеют больших трудностей, в общем хорошо адаптированных, но, которые хотят внести изменения в жизнь или в свою личность, с целью развития. Идет

ориентировка на сохранные стороны личности в процессе воздействия на изменение и развитие личности клиента. Как правило, при психокоррекции затрагиваются настоящее и будущее, в рамках среднесрочной помощи. Психокоррекция отличается тем, что направлена на сформированные качества личности [14].

Клиент в психокоррекционном процессе - нормальный, физически и психически здоровый человек, у которого в жизни возникли проблемы психологического или поведенческого характера. Он не способен самостоятельно разрешить их и поэтому нуждается в посторонней помощи. Объектом психокоррекционного процесса может быть личность, группа, семья.

Изучая возможности психотерапии в комплексном лечении больных туберкулезом М.И. Тараненко отмечает, что существует множество направлений психологической коррекции в зависимости от того, какого психологического подхода придерживается специалист. Можно выделить психоаналитическую, поведенческую, гуманистическую, клиент-центрированную, когнитивную, эмоционально-рациональную психокоррекцию, психокоррекцию в рамках гештальт-подхода и др [51].

Например, в основе классического психоанализа, например, идея о том, что не нормальное поведение человека – следствие неверной трактовки им своих чувств, потребностей и побуждений. Таким образом, целью коррекции в психоанализе является помощь клиенту в понимании и осознании им причин его плохого приспособления к реальности и оказание ему помощи в возможности адаптации к ней.

В клиент-центрированном подходе упор идет на позитивную природу человека, а также на его врожденное стремление к самореализации. Целью психокоррекции в данном подходе будет приближение идеального «Я» к реальному «Я» через достижение уважения к себе и выработку адекватной самооценки на фоне создания благоприятных условий для личностного роста.

В поведенческом направлении основная цель – приобретение новых продуктивных установок, способствующих формированию адаптивных форм поведения и исключению дезадаптивных в рамках тренингов. Психолог в данном виде психокоррекции директивно и активно управляет процессом.

Целью гештальткоррекции является снятие блокировок, пробуждение потенциально существующих в человеке естественных ресурсов, способствующих его личностному росту, достижению ценности и зрелости, полной интеграции личности клиента. Основная цель — помощь человеку в полной реализации его потенциала. Эта цель разбивается на вспомогательные: обеспечение полноценной работы актуального самоосознавания, смещение локуса контроля вовнутрь, поощрение независимости и самодостаточности, обнаружение психологических блоков, препятствующих росту, и изживание их. Главная цель взаимодействия с клиентом — активация внутренних личностных резервов клиента, высвобождение которых ведет к личностному росту.

Также психокоррекцию можно разделить на виды, основываясь на характере направленности процесса (симптоматическая психокоррекция – непродолжительный процесс, направленный на снятие острых симптомов, препятствующих казуальной коррекции; казуальная – коррекция первопричин отклонений). Опираясь на различия в соержании коррекции можно выделить, например коррекцию познавательной, аффективно-волевой сфер, коррекцию личности, межличностных отношений и поведенческих аспектов, а так же внутригрупповых отношений и детско-родительских отношений. По форме взаимодействия с клиентом можно выделить индивидуальную и групповую коррекции, в закрытой (семья) и открытой (клиенты с похожими проблемами) группах, а так же смешанную форму (сочетание индивидуальной и групповой). Так же по форме разработки программы выделяют программированную и импровизированные виды психокоррекции. В зависимости от типа управления клиентом во время коррекции выделяют директивный и недирективные виды. По времени взаимодействия выделяют сверхкороткую (от нескольких

минут до нескольких часов), короткую (от нескольких сеансов до нескольких дней), длительная (от нескольких месяцев до года), сверхдлительная (от года до нескольких лет) [51].

В нашем исследовании мы опираемся на позицию В.Н. Мясищева о структуре комплаентности, а так же придерживаемся его взглядов относительно психологической коррекции комплаентности. Основным методом патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева является «беседа-дискуссия», использование которого в первую очередь ориентирует психотерапевтическую работу в направлении повышения осознанности отношений и обучения адекватному изменению личностных позиций [28]. С учетом выделяемых В.Н. Мясищевым не только когнитивных, но и эмоциональных, поведенческих компонентов системы отношений, в целях осуществления мультимодального воздействия на состояние и личность пациента целесообразной является интеграция «беседы-дискуссии» с психологическими интервенциями других направлений. Дополнение «беседы-дискуссии» техниками эмоционально-образной терапии, в основу которой положены механизмы катарсиса, обеспечивает эмоциональную проработку имеющихся конфликтов, сопровождается эмоциональной разрядкой и завершением незавершенных ситуаций, что приводит к более выраженным личностным изменениям. Немаловажным преимуществом патогенетической и эмоционально-образной терапии является возможность их использования в рамках краткосрочного психологического взаимодействия. Исходя из этих преимуществ данные подходы психотерапии были выбраны нами как основа для составления психокоррекционной программы комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации.

Выводы: Таким образом, на основании рассмотренного теоретического материала по особенностям комплаентности и возможностям психологической коррекции комплаентности фтизиатрических больных было установлено следующее.

Степень приверженности лечению обозначают понятием комплаентность. Английский термин «compliance» дословно переводится как приверженность. Наряду с терминами комплаентность и приверженность лечению в медицинской литературе используется термин «комплайенс», имеющий несколько трактовок. В рамках одной из них комплаиенс обозначает согласие на выполнение терапевтических предписаний, позицию сотрудничества в диаде «врач-пациент». Другая трактовка акцентирует внимание на осознанном выполнении пациентом точного режима приема медикаментов, посещения необходимых терапевтических процедур и рекомендаций врача [15].

Ситуация болезни травмирует человека соматически и психологически. Происходят колоссальные изменения в эмоциональной, поведенческой и когнитивной сферах, способные привести к снижению уровня комплаентности, что подтверждается рядом исследователей, например, Р.Ш. Валиев [5], Н.В. Горбунова [8], Н.Н. Сиресина [41], Г.В. Баранова [3] и С.В. Берлин-Чертов [2], В.Д. Ломаченков [21]. Несмотря на это, рамках практики противотуберкулезного диспансера наблюдается крайне недостаточное включение специалистов-психологов в процесс противотуберкулезной терапии на фоне очевидной обоснованности и доказанности необходимости привлечения психологов в процесс терапии туберкулеза.

Очевидно, что, лишь будучи «субъектом» терапевтического процесса, пациент способен на выздоровление. Степень приверженности лечению во многом определяется точностью и качеством исполнения предписаний и рекомендаций врача относительно процесса терапии. Существует три структурных компонента, оказывающих существенное влияние на комплаентность пациента: эмоциональный, когнитивный и поведенческий, в рамках каждого из них может происходить снижение приверженности лечению. Выделяется три уровня развития комплаентности: высокий, средний, низкий, каждый из которых в разной степени определяет эффективность или трудности в терапии и в установлении лечебного альянса в диаде «врач-пациент».

В условиях противотуберкулезных диспансеров наблюдается проблема низкого уровня комплаентности пациентов, что ведет к снижению эффективности терапии и несет серьезные последствия как для пациента, так и для окружающих. Данная проблема актуальна и все чаще выступает объектом исследования в медицинских и психологических науках.

Мы считаем, что вопрос включения психологического сопровождения в общем и психологической коррекции в частности необходимо более детальное изучение. Таким образом, по данным произведенного анализа научной литературы обнаруживаем, что поставленная перед нашим исследованием проблема на сегодняшний день является актуальной. А решение проблемы того, каким должны быть содержание и направленность программы психологической коррекции комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации в частности – несет в себе высокую практическую значимость.

Подводя итог вышесказанному, мы считаем, что психологическая коррекция должна целенаправленно организовываться исходя из целей, задач и специфики объекта. Психокоррекционный процесс имеет ряд отличий от процесса психотерапии. В психокоррекции работа производится с психически здоровыми людьми, психокоррекция ориентирована на сохранные стороны личности, находящейся в сложной личностной или жизненной ситуации, с которой самостоятельно он не в состоянии справиться.

Глава II. Эмпирическое изучение особенностей психологической коррекции комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации

2.1 Организация и методы исследования особенностей психологической коррекции фтизиатрических больных

Перед исследованием мы ставим следующую **проблему**: каковы особенности групповой психологической коррекции комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации.

Целью нашего исследования является изучение особенностей групповой психологической коррекции фтизиатрических больных в условиях диспансеризации.

Объект исследования: комплаентность фтизиатрических больных процессу терапии.

Предмет исследования: групповая психологическая коррекция комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации.

Гипотезы исследования:

1. В условиях противотуберкулезного диспансера большая часть фтизиатрических больных обнаруживает низкий уровень комплаентности.
2. Комплаентность фтизиатрических больных возможно повысить посредством включения их в программу групповой психологической коррекции, направленную на основные структурные компоненты комплаенса: эмоциональный, когнитивный и поведенческий.

Задачи следующего этапа нашей работы сформулированы в соответствии с целью исследования:

1. Выявить уровень и особенности комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации.

2. Разработать и реализовать программу групповой психологической коррекции комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации, а также оценить эффективность ее применения.

На следующем этапе исследовании использовался комплекс **методов**, применение которых определялось спецификой решения исследовательских задач:

1. Эмпирические: беседа, анкетирование, тестирование с помощью
2. Статистические: U-критерий Манна-Уитни, H-критерий Крускала-Уоллиса, t-критерий Стьюдента.
3. Психокоррекционные: групповая форма психокоррекционных мероприятий.

Были применены следующие методики, бланки которых представлены в Приложении 1:

1. Опросник «Уровень комплаентности» Р.В. Кадырова. Данная методика позволяет диагностировать текущий уровень развития комплаентности, а также уровень сформированности отдельных ее компонентов: социального, эмоционального и поведенческого. Таким образом, применение данного опросника позволяет нам разделить исследуемую выборку на лиц с высоким, средним и низким уровнем комплаентности, а также выявить особенности развития отдельных компонентов комплаентности;

2. «Симптоматический опросник» Л. Дерогатис позволяет диагностировать степень психических нарушений, а также изучить психическое состояние и динамику психокоррекционного воздействия на больных с соматизированными и другими формами расстройств.

3. Тест «Смысложизненные ориентации» Д.А. Леонтьева был включен в наше исследование, поскольку позволяет определить степень осмысленности жизни через диагностику следующих показателей: источник смысла жизни, цели жизни, насыщенности жизни, удовлетворенность жизнью, а также локус контроля-Я и локус контроля-Жизнь.

4. Тест «Тип отношения к болезни» Л.И. Вассермана, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев и Э.Б. Карпова. Данная методика была использована нами с целью выявления ведущего типа реагирования на заболевание и степени психической и социальной адаптивности испытуемых.

При изучении особенностей комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации мы опирались на теоретические положения, изложенные в первой главе.

Исследование проводилось на базе ОГКУЗ «Шебекинский противотуберкулезный диспансер». В нем приняло участие 20 пациентов стационарного отделения с закрытой формой туберкулеза.

Логика исследования заключается в реализации четырех взаимосвязанных этапов.

1) Первый этап – поисково-теоретический, включил в себя определение категориального аппарата исследования, уточнение гипотезы, целей, задач и базы исследования. Проведение теоретического анализа научной литературы по проблеме исследования, изучение состояния проблемы в теории и практике психологического сопровождения фтизиатрических больных.

2) Второй этап – теоретико-экспериментальный, включил в себя формирование экспериментальных и контрольных групп; разработку и применение комплекса диагностических методик, направленных на выявление уровня и особенностей комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации. Выполнена первичная и статистическая обработка полученных данных, проведена интерпретация результатов и сформулированы основные выводы о психологических особенностях комплаентности фтизиатрических больных.

3) Третий этап – психокоррекционный. Сформулировано и обосновано содержания групповой формы психологической коррекции комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации,

программа разработана и реализована, по итогу проведена оценка эффективности данной программы.

4) Четвертый этап – обобщающий. Результаты опытно-эмпирической работы подвергнуты рефлексии, обобщению и систематизации, уточнены теоретические выводы, завершено литературное оформление дипломной работы.

С целью выявления статистических различий по показателям выраженности показателей паттернов психологических признаков и выраженности показателей смысловых ориентаций фтизиатрических больных, имеющих разный уровень комплаентности и разный тип отношения к болезни, нами был применен непараметрический статистический критерий для нескольких независимых выборок Н-Крускала-Уоллиса. Для выявления статистических различий между контрольной и экспериментальной группами, принимающими участие в формирующем эксперименте в ситуации до (тест) и после (ретест) нами был применен непараметрический статистический критерий для двух независимых выборок U-Манна-Уитни. С целью выявления статистических различий среди испытуемых контрольной группы в ситуации до и после, а также экспериментальной группы в ситуации до и после, нами был применен непараметрический статистический критерий для двух зависимых выборок Т-Вилкоксона. Математико-статистическая обработка данных производилась в программе SPSS-23 с опорой на учебное пособие по математико-статистической обработке данных А.Д. Наследова [34].

2.2. Анализ и интерпретация результатов первичной диагностики особенностей комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации

В соответствии с задачами нашего экспериментального исследования приступим к анализу и интерпретации первичной диагностики особенностей комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации. Сначала проанализируем особенности комплаентности фтизиатрических больных, изученную нами с помощью методики «Уровень комплаентности» Р.В.Кадырова [13]. Результаты представлены на рисунке 2.2.1.

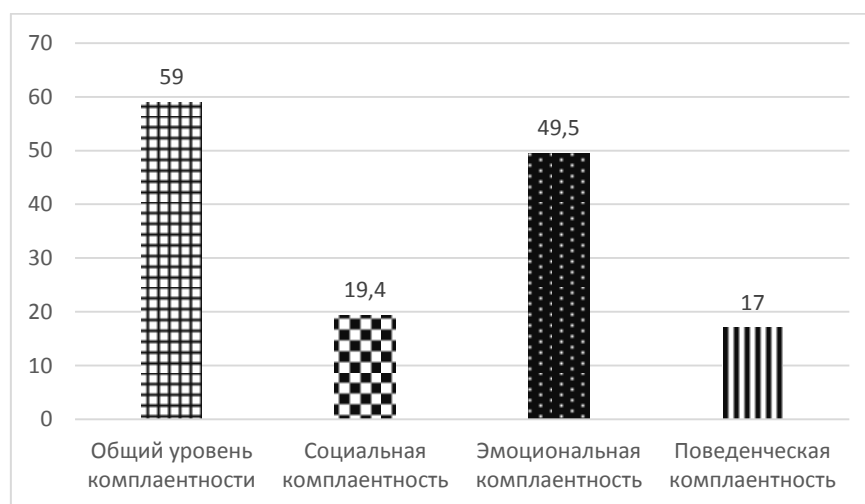


Рис. 2.2.1. Выраженность показателей комплаентности фтизиатрических больных (A_{cp})

Как мы видим на рис. 2.2.1. наибольший средний уровень выраженности имеет эмоциональная комплаентность $Me=49,5$, что соответствует высокому уровню развития эмоциональной комплаентности (ВЭК). Это проявляется в присущей таким пациентам впечатлительности и сенсетивности. Для таких испытуемых характерно придание высокой значимости процессу лечения. Пациент с высоким уровнем эмоциональной комплаентности обязательно идет на консультацию к врачу, сильно переживают об успехах терапии. Могут наблюдаться частые перемены настроения, повышенная тревога, впечатлительность. Часто у лиц с высоким уровнем эмоциональной комплаентности наблюдается тенденция к снятию с себя ответственности,

переключиванию ее на окружающих. Медицинский персонал и лечащий врач становятся эмоционально значимы для больного, на фоне точного следования их предписаниям.

Средний уровень социальной комплаентности $Me=19.4$, что соответствует среднему уровню развития социальной комплаентности (ССК). Это проявляется в нестабильности и неопределенности социальной позиции. Такой испытуемый, противоречив и на фоне приверженности лечению может отрицать его необходимость, что часто обуславливается мотивацией и личными выгодами.

Как мы видим на рисунке 2.2.1. наименьший средний уровень выраженности имеет поведенческая комплаентность $Me=17$, что соответствует среднему уровню развития поведенческой комплаентности (СПК). Для данного уровня выраженности поведенческой комплаентности характерна непостоянность и неопределенность поведенческой позиции на фоне осторожности. Такой испытуемый озабочен будущим и не оптимистичен относительно результатов терапии. Эмоциональные проявления не яркие, наблюдается сдержанность. Такой пациент понимает, что сам не справится с болезнью, но у него нет полной уверенности в благоприятном исходе терапии. Режим и предписания врача соблюдаются не точно по причине постоянных сомнений в целесообразности.

Среднее значение общего уровня развития комплаентности соответствует среднему уровню выраженности (СОК) данного показателя $Me=59$. Для данных испытуемых характерна несформированность и нестабильность позиции относительно процесса терапии. Наблюдается ситуативность в действиях. На фоне относительной приверженности к лечению наблюдается отрицание его необходимости.

Особенности мотивации и личные выгоды могут влиять на его поведение в рамках терапевтического процесса.

Для пациентов данной группы характерна неустойчивость эмоциональной сферы, настроение сильно влияет на их поведение, отношение к терапии, а также на качество исполнения предписаний, рекомендаций и режима. Есть склонность к недостаточной серьезности в оценке своего заболевания, это негативно сказывается на результатах лечения, поскольку пациент перестает соблюдать врачебные предписания, рекомендации и режим.

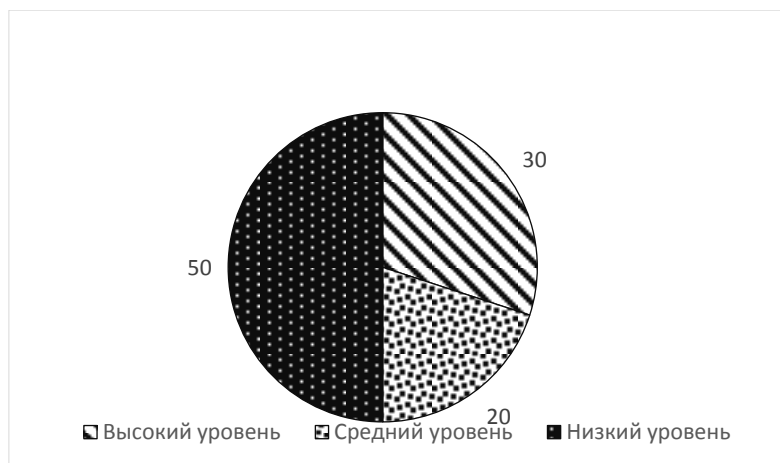


Рис. 2.2.2. Распределение фтизиатрических больных по уровням комплаентности (%)

Как мы видим из рисунка 2.2.2 50% фтизиатрических больных имеют низкий уровень комплаентности к противотуберкулезной терапии, что проявляется в демонстрации пациентом его независимости и ориентации на свои личные решения. Такие пациенты не консультируются в лечащим персоналом об изменения в терапевтическом процессе. Склонность к конфронтациям наблюдается на фоне рациональности и логичности в выборе путей избавления от болезни. Рекомендации врача и медицинского персонала не воспринимаются им как авторитетные, сомневается во врачебных рекомендациях и в их целесообразности. Такой пациент держит эмоции в себе и недооценивает степень тяжести болезни. На этом фоне некачественно исполняет предписания и рекомендации, нарушает лечебный режим и режим

дня, что крайне негативно сказывается на результатах лечения. Отказывается от посещения важных процедур и приема препаратов, считая план терапии неграмотным и бесполезным. Данную группу испытуемых мы отнесли к контрольной группе (КГ).

30% испытуемых имеют высокий уровень выраженности комплаентности, что выражается в стремлении к созданию доверительных взаимоотношений с врачом и лечащим персоналом. Врач, его мнение и решения выступают для таких пациентов как авторитетные. Точно и качественно исполняет все предписания, режим дня и режим терапии. Склонен консультироваться по всем важным вопросам лечебного процесса. Такой пациент позитивен относительно будущего, и настроен на выздоровление, на борьбу с болезнью. 20% респондентов показали средний уровень выраженности комплаентности, что проявляется в некоторой неопределенности позиции на фоне общей направленности на выздоровление. Врач и медицинский персонал являются авторитетными фигурами, однако редко возможно незначительное отступление от их рекомендаций и предписаний. При ухудшении состояния такие пациенты консультируются с лечащим специалистом, адекватно воспринимая аргументы врача. Таким образом, респонденты данной группы не имеют склонности сильно нарушать режим и отклоняться от плана лечения. Так же настроен на сотрудничество с врачом, на выздоровление и борьбу с болезнью. Испытуемые этих групп будут составлять экспериментальную группу (ЭГ) [13].

Как видно из рисунка 2.2.3. наибольшую выраженность среди показателей паттернов психологических признаков фтизиатрических больных имеет шкала «Враждебность» $M_e=0,738$, что является показателем выше нормы (0,60-0,04). У таких испытуемых негативный аффект ярко отражен в мыслях, чувствах и действиях, появляющихся в состоянии злости. При высоком уровне по данной шкале наблюдается агрессия, раздражительность, гнев и негодование.

Следующая по степени выраженности шкала – «Соматизация» $Me=0,7095$, что является показателем выше нормы (0,44-0,03) и проявляется в дисфункции на телесном уровне на фоне дистресса. Пациенты с повышенным показателем по данной шкале могут испытывать расстройства различных систем органов, а также частые головные, мышечные боли, которые помимо симптома соматизированного психологического расстройства могут являться и симптомами физической болезни.

Так же завышен показатель шкалы «Тревожность» $Me=0,6865$ (в норме 0,47-0,03), что может говорить о наличии у данной группы испытуемых тревожного расстройства, на фоне частой напряженности, дрожи, панических атак и нервозности. Пациенты с данным расстройством как правило проявляют такие когнитивные элементы как ощущение опасности, страха.

Наблюдаются повышенные результаты по шкале «Психотизм» $Me=0,353$ (в норме 0,30-0,03). Поскольку наблюдается небольшое повышение данного показателя, у испытуемых может наблюдаться межличностная изоляция, а в стиле жизни преобладание избегания и изолированности.

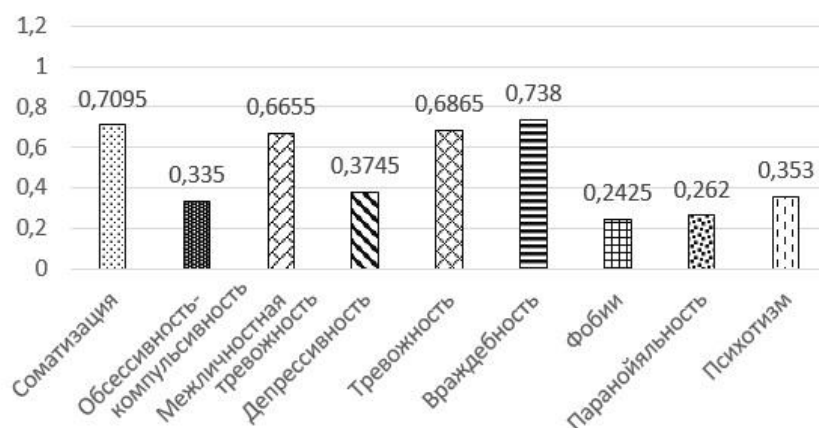


Рис. 2.2.3. Выраженность показателей паттернов психологических признаков фтизиатрических больных (A_{cp})

Наблюдается небольшое повышение уровня «Межличностной тревожности» $M_e=0,6655$ (в норме $0,6655-0,03$). Респонденты данной группы при сравнении себя с окружающими может переживать неполноценность и неадекватность собственной личности. Данная тенденция проявляется в самоосуждении, переживании беспокойства, ощущении дискомфорта при актах межличностного взаимодействия. Лица с завышенным показателем по данной шкале не оптимистично относятся к результатам межличностного взаимодействия, ожидают негативного исхода при контактах с окружающими.

Результаты по шкале «Депрессивность» $M_e=0,3745$ входят в диапазон нормы ($0,62-0,04$), следовательно, у респондентов с таким показателем по данной шкале не будет выраженных симптомов клинической депрессии, включающих чувство отчаяния, апатии, дисфории и суицидальных мыслей.

В диапазон нормы входят результаты шкал «Обсессивность-компульсивность» $M_e=0,335$, «Фобии» $M_e=0,2425$ и «Паранойяльность» $M_e=0,262$, следовательно, не будет наблюдаться переживания чуждых своему «Я» мыслей, импульсов и действий, так же не будет выражено паранойяльных тенденций и фобической тревожности.

Таким образом, по данным методики «Симптоматический опросник» наблюдается повышенная выраженность таких показателей паттернов психологических признаков фтизиатрических больных как: «Враждебность», «Соматизация», «Тревожность», «Межличностная тревожность» и «Психотизм».

При анализе и интерпретации результатов опросника «Смысложизненные ориентации» мы опирались на работы Д.А. Леонтьева. Как видно из рисунка 2.2.4. среди показателей смысложизненных ориентаций фтизиатрических больных наибольшую выраженность имеет шкала «Результат» $M_e=26,35$, данный результат входит в диапазон нормального среднего значения для мужской выборки ($25,46, +/-4,30$) и проявляется в оценке результативности жизни, удовлетворенности самореализацией.

Следующей по степени выраженности является шкала «Цели» $Me=24,75$, результат данной шкалы относится к значению ниже нормы ($32,90, +/-5,92$). Это может проявляться в отсутствии в жизни испытуемого целей, осмысленности, направленности и временной перспективы.

Шкала «Процесс» $Me=22,55$ так же находится ниже нормы. Это проявляется в неудовлетворительной оценке своей жизни на текущий момент.

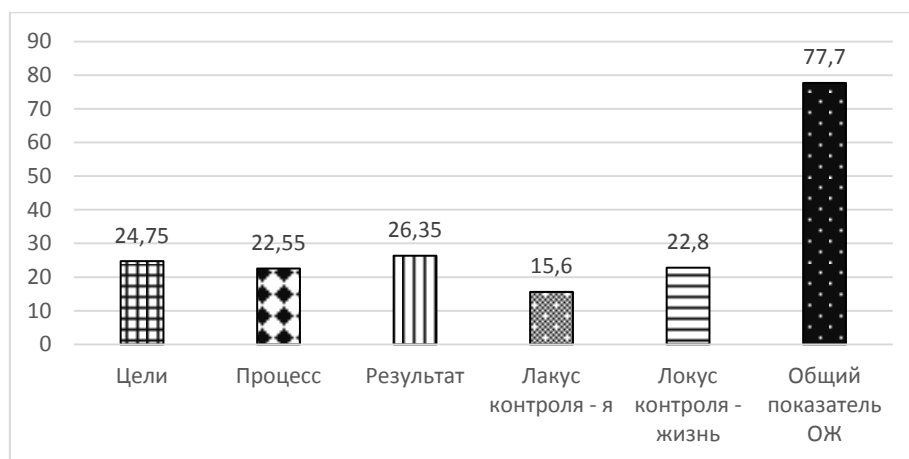


Рис. 2.2.4. Выраженность показателей смысложизненных ориентаций фтизиатрических больных (A_{cp})

Результаты шкалы «Локус контроля – жизнь» $Me=22,8$ находятся ниже среднего значения, свойственного для мужской выборки ($30,14, +/-5,8$). Это проявляется в мыслях о том, что жизнь человека не контролируема, отсутствует свобода выбора и планирование будущего не имеет смысла.

Шкала «Локус контроля – Я» имеет наименьший показатель $Me=15,6$, результаты входят в диапазон ниже нормы, что будет проявляться в отсутствии веры в свои силы, в ощущении что жизнь неподвластна контролю со стороны испытуемого.

Так же показатели по шкале «Общий показатель ОЖ» $Me=77,7$ говорят нам о том, что общий показатель осмысленности жизни занижен.

При нормальных баллах по шкале «Результат» остальные шкалы находятся в диапазоне ниже нормы. Такое сочетание показателей будет характеризовать респондента как человека, для которого именно прошлое придает смысл жизни, осмысленность которой на текущий момент находится на низком уровне.

На рисунке 2.2.5. видно, что гармоничный (Г) тип отношения к болезни демонстрирует 30% респондентов, такие испытуемые объективно оценивают свое состояния, им не свойственно преувеличение или недооценивание тяжести болезни. Для таких пациентов нормальна активная позиция в процессе лечения, они настроены на выздоровление и преодоление заболевания.

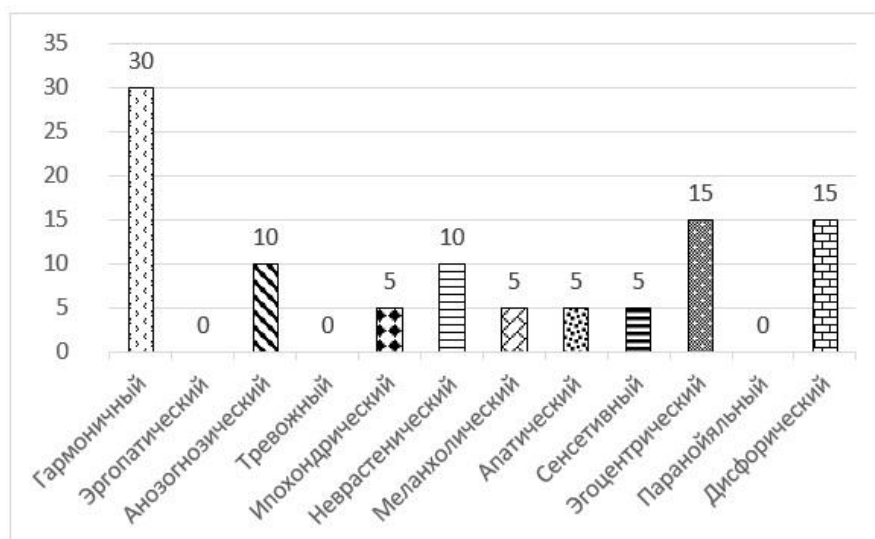


Рис.2.2.5. Распределение фтизиатрических больных по типам отношения к болезни (%)

Эгоцентрический (Я) тип отношения к болезни выявлен у 15% испытуемых. Для них характерна демонстрация переживаний и тягот, связанных с болезнью для привлечения внимания окружающих. Такие пациенты хотят постоянного внимания и заботы от родных, близких и медицинского персонала. Пациенты с эгоцентрическим отношением к болезни

всегда подчеркивают особенность своего состояния, требуют особого отношения, преувеличивая тяжесть симптомов, указывая на исключительность своего состояния.

Так же 15% исследуемых демонстрирует дисфорический (Д) тип отношения к болезни. Для лиц с данным типом отношения к болезни свойственно преобладание мрачно-озлобленных настроений, часто хмурый внешний вид. По отношению к здоровым людям такие пациенты демонстрируют злобу и зависть. На фоне частых вспышек крайней ненависти им характерно обвинение окружающих в том, что они больны. Такие пациенты недоверчивы к плану лечения, требуют к себе исключительного отношения. От близких требуют полного выполнения их желаний и потребностей.

Для 10% испытуемых характерен анозогнозический (З) тип отношения к болезни. Они стараются не думать о заболевании и о его вероятных последствиях, на фоне этого они часто отказываются от необходимой диагностики и терапии. Наблюдается склонность лечиться народными средствами и пренебрежительное отношение к установленному плану лечения.

Еще у 10% обследуемых обнаружен неврастенический (Н) тип отношения к болезни. При таком типе будет наблюдаться поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и угрызениями совести. Неумение и нежелание терпеть болевые ощущения. Нетерпеливость в обследовании и лечении, неспособность терпеливо ждать облегчения. В последующем – критическое отношение к своим поступкам и необдуманном словам, просьбы о прощении.

Ипохондрический (И) тип отношения к болезни диагностирован у 5% испытуемых. Наблюдается чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них врачам, медперсоналу и окружающим. Преувеличение

действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, постоянных требований тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязни вреда и болезненности процедур.

Так же 5% испытуемых проявляют меланхолический (М) тип отношения к болезни, при этом может наблюдаться свехдурченность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Сомнение в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.

Апатический (А) тип отношения к болезни обнаружен у 5% испытуемых, при этом обнаруживается безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало. Вялость и апатия в поведении, деятельности и межличностных отношениях.

Сензитивный (С) тип отношения к болезни так же выражен у 5% испытуемых. У таких пациентов будет выражена чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут жалеть, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни и даже избегать общения с больным. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим. Колебания настроения, связанные, главным образом, с межличностными контактами [63].

С целью выявления статистических различий по изучаемым показателям паттернов психологических признаков фтизиатрических больных и

смыслоразнозначных ориентация испытуемых, имеющих разный уровень комплаентности, нами был применен непараметрический статистический критерий для трех независимых выборок Н-Крускала-Уоллиса. Результаты статистической обработки данных представлены в таблице 2.2.1.

Как мы видим из таблицы 2.2.1. испытуемые, имеющие разный уровень комплаентности статистически различаются на высоком уровне значимости $p \leq 0,01$ по таким показателям выраженности паттернов психологических признаков как «Соматизация» $H_{эмп} = 14,308$, «Межличностная тревожность» $H_{эмп} = 14,531$, «Тревожность» $H_{эмп} = 14,310$, «Враждебность» $H_{эмп} = 14,319$, «Фобии» $H_{эмп} = 14,508$, «Психотизм» $H_{эмп} = 16,036$.

Таблица 2.2.1.

Выраженность показателей паттернов психологических признаков и смыслоразнозначных ориентаций в зависимости от уровня комплаентности фтизиатрических больных

Изучаемые показатели	Уровни комплаентности			$H_{эмп}$
	Высокий	Средний	Низкий	
Выраженность показателей паттернов психологических признаков фтизиатрических больных, ср. б.				
Соматизация	0,7	0,7	19,5	14,30**
Обсессивность-компульсивность	0,33	0,34	16,9	6,07*
Межличностная тревожность	0,66	0,65	0,71	14,53**
Депрессивность	0,37	0,37	0,33	4,75
Тревожность	0,68	0,69	0,66	14,31**
Враждебность	0,73	0,72	0,37	14,31**
Фобии	0,24	0,24	0,68	14,50**
Паранойальность	0,26	0,23	0,73	1,33
Психотизм	0,35	0,38	0,24	16,03**
Выраженность показателей смыслоразнозначных ориентаций фтизиатрических больных, ср. б.				
Цели	24,75	24,43	18	13,87**
Процесс	22,55	22,12	19	14,67**
Результат	26,55	25,56	19	15,75**
Локус контроля-Я	15,6	15,31	16	14,05**
Локус контроля-Жизнь	22,8	22	17	15,33**
Общий показатель ОЖ	77,7	76,31	69	16,04**

Примечание: ** - $p \leq 0,01$; * - $p \leq 0,05$

Из этого следует, что испытуемые, имеющие низкий уровень комплаентности, больше подвержены дистрессу, возникающему на фоне ощущения нарушения телесных функций вследствие появления и развития заболевания. Так же им в большей степени свойственно ощущение собственной неполноценности в ситуации сравнения себя с окружающими, а также характерно ощущение сильного дискомфорта при межличностных контактах. У лиц с низким уровнем комплаентности чаще будет наблюдаться неопределенный страх и постоянная тревога, не привязанная к конкретному объекту, так же чаще будут присутствовать высокая напряженность и панические атаки. У данных респондентов в большей степени выражена враждебность, проявляющаяся в негативных мыслях, чувствах и поведении на фоне негативного эмоционального состояния злобы. Агрессия, раздражение и гневливость и общее негативное аффективное состояние в большей степени будут присущи лицам с низким уровнем комплаентности. Так же им будут свойственны устойчивые не рациональные реакции страха на конкретных лиц, объекты и обстановку, что может привести к избеганию определенных стимулов. В большей степени лицам с низким уровнем комплаентности будет свойственно общее избегание, стремление к социальной и межличностной изоляции.

Также мы видим из таблицы 2.2.1. испытуемые, имеющие разный уровень комплаентности статистически различаются на высоком уровне значимости $p \leq 0,05$ «Обсессивность-компульсивность» $H_{эмп} = 6,079$. Из этого делаем вывод о том, что испытуемые, имеющие низкий уровень комплаентности, больше подвержены навязчивым состояниям, неоднократно возникающим в сознании пациента вопреки его воле.

По данным таблицы 2.2.1. видим, что испытуемые, имеющие разный уровень комплаентности статистически различаются на высоком уровне значимости $p \leq 0,01$ по всем показателям выраженности смысложизненных

ориентаций. «Цели» $N_{эмп} = 13,875$, «Процесс» $N_{эмп} = 14,670$, «Результат» $N_{эмп} = 15,752$, «Локус контроля-Я» $N_{эмп} = 14,053$, «Локус контроля-Жизнь» $N_{эмп} = 15,332$, «Общий уровень ОЖ» $N_{эмп} = 16,048$.

Делая вывод из вышенаписанного предполагаем, что 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, ничемными 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 [13].

Как мы видим из таблицы 2.2.1. у фтизиатрических больных с низким уровнем комплаентности выраженность показателей паттернов психологических признаков будет выше, а выраженность показателей смысложизненных ориентаций – ниже, чем у пациентов со средним или высоким уровнем комплаентности.

Таким образом, первая гипотеза нашего исследования о том, что в условиях противотуберкулезного диспансера большая часть фтизиатрических больных обнаруживает низкий уровень комплаентности подтверждается на высоком уровне статистической значимости $p \leq 0,01$.

2.3 Программа психологической коррекции комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации

Следующим этапом нашей работы были разработка и апробация программы коррекции, направленной на повышение уровня комплаентности фтизиатрических больных. Исходя из полученных результатов статистической и качественной обработки данных исследования мишенями являются:

1. Низкий уровень эмоциональной комплаентности.
2. Низкий уровень социальной комплаентности.
3. Низкий уровень поведенческой комплаентности.
4. Общий низкий уровень комплаентности

При разработке программы коррекции комплаентности фтизиатрических больных мы опирались на идею В.Д. Менделевича о том, что комплаенс имеет сложную структуру, состоящую из трех функциональных блоков: сенсорно-эмоциональный (включающий непосредственные впечатления и переживания, вызванные ситуацией лечения), логический (представляет систему оценок и суждений для объяснения необходимости лечения и его эффектов) и поведенческий (сформирован мотивами, действиями и поступками по реализации терапевтической программы) блоки [28].

Исходя из этого, мы использовали техники, направленные на когнитивную, эмоциональную и поведенческие сферы.

Нами были выбраны следующие методы терапии: игры, мини-лекции с элементами беседы, упражнения с метафорическими ассоциативными картами, опрос.

Параметры группы: группу составили 10 пациентов с туберкулезом легких, имеющие низкий уровень комплаентности.

Целью психокоррекционной программы являлось формирование более высокого уровня комплаентности через повышение уровня эмоциональной, социальной и поведенческой комплаентности.

Задачи:

1. Выявить иррациональные убеждения о заболевании туберкулезом легких, социальном статусе больных туберкулезом.
2. Повысить уровень информированности и грамотности больных по проблемам туберкулеза.
3. Сформировать представление о возможных вариантах течения заболевания, необходимости придерживаться правильного лечения и социального поведения.
4. Выявить субъективно ощутимые пациентами изменения в эмоциональной сфере на фоне заболевания.
5. Сформировать поведение, направленное на выявление и использование ресурсов для преодоления актуальной проблемы.

Периодичность и тематический план проведения занятий.

Продолжительность 1,5 месяца. Психокоррекционная сессия: 7 встреч (1 раз в неделю). Первая встреча – 60 минут, вторая встреча – 60 минут; третья встреча – 100 минут; четвертая встреча – 120 минут; пятая встреча – 60 минут; шестая встреча – 60 минут.

Самостоятельная работа: 4 дня в течение часа.

Психокоррекционная группа: 10 человек.

Десять обследуемых нами респондентов экспериментальной группы приняли участие в семи коррекционных занятиях.

Формы проведения: игры, мини-лекции с элементами беседы, беседа-дискуссия, опрос (отзывы участников тренинга).

Ожидаемые результаты реализации программы:

1. Повышение уровня эмоциональной комплаентности.
2. Повышение уровня социальной комплаентности.

3. Повышение уровня поведенческой комплаентности.
4. Повышение общего уровня комплаентности

В таблице 2.3.1 представлен тематический план психокоррекционной сессии. В данной таблице указаны темы каждого занятия, основные задачи, техники и упражнения, а также самостоятельная работа участников коррекции. Конспект программы коррекции комплаентности фтизиатрических больных представлен в Приложении 1, в нем подробно прописана каждая встреча с указанием задач всех используемых техник и упражнений.

Таблица 2.3.1.

**Тематический план коррекционной программы комплаентности
фтизиатрических больных**

№ занятия	Содержание темы	Техники, упражнения	Самостоятельная работа
1	Знакомство. Отработка навыков коммуникативного поведения: коррекция эмоциональной сферы на основе отработки навыка адекватного эмоционального реагирования.	Игра – знакомство «Имена и качества». Принятие правил группы. Разминка «Предмет о хозяине». Упражнение «Я надеюсь, я опасаюсь».	
2	Проблема туберкулеза. Изменение в когнитивной сфере. Мифы и правда о туберкулезе. Способы заражения туберкулезом. Необходимость правильного лечения туберкулеза.	Игра «Живая диаграмма», мини-лекция с элементами беседы «Мифы и правда о туберкулезе», задание на рефлексию «Шкала времени».	Саморефлексия. Задание на дом - подготовить устное выступление по теме: «Что изменила болезнь в моей жизни».
3	Жизнь с туберкулезом. Изменения в эмоциональной сфере на фоне заболевания. Выявление и использование ресурсов для преодоления актуальных проблем.	Представление результатов задания «Что изменила болезнь в моей жизни». Выполнение упражнения «Я в мире грез или Я в реальном мире» Выполнение упражнения «Словарь чувств».	Саморефлексия.

4	В наших силах. Выявление и использование ресурсов для преодоления актуальных проблем.	Упражнение «Что и кому я должен». Упражнение «Была бы проблема». Ролевая игра «Бункер».	Саморефлексия.
5	О хорошем. Акцентирование внимания на позитивных моментах.	Упражнение «Благодарность себе». Упражнение «Благодарность близким». Упражнение «Благодарность жизни».	Упражнение «Журнал успехов».
6	Твоя цель. Развитие способности к позитивному целеполаганию.	Беседа на тему «Что такое цели и мечты». Упражнение «Постановка цели». Упражнение «Лестница достижений».	Саморефлексия.
7	Возьми с собой. Подведение итогов встреч, обмен чувствами, впечатлениями, настрой на самостоятельное преодоление сложностей.	Упражнение «Письмо самому себе».	Саморефлексия
Итого	1 занятие – 60 минут; 2 занятие – 60 минут; 3 занятие – 100 минут; 4 занятие – 120 минут; 5 занятие – 60 минут; 6 занятие – 60 минут.		Всего 7,40 часов.

2.4 Оценка эффективности программы психологической коррекции

Результаты эмпирических исследований легли в основу формирующего эксперимента, направленного на коррекцию комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации.

После проведения экспериментальной программы на отобранной группе фтизиатрических больных мы провели контрольный срез, повторную диагностику, предусмотренную нашим исследованием. После статистической обработки данных с помощью непараметрического критерия Т-Вилкоксона для двух зависимы выборок нами были получены следующие результаты (таблица 2.4.1.).

Таблица 2.4.1.

Значение критерия Т- Вилкоксона при сравнении показателей в экспериментальной группе до и после воздействия

Изучаемые показатели	До	После	T _{эмп}
Уровень комплаентности фтизиатрических больных, ср. б.			
Общий уровень комплаентности	34,3	76,9	-2,807**
Социальная комплаентность	11,2	26,2	-2,110**
Эмоциональная комплаентность	11,7	24,9	-2,812**
Поведенческая комплаентность	9,7	22,1	-2,221**
Выраженность показателей паттернов психологических признаков фтизиатрических больных, ср. б.			
Соматизация	1,137	0,655	-2,803**
Обсессивность-компульсивность	0,428	0,21	-1,753**
Межличностная тревожность	1,688	0,345	-2,807**
Депрессивность	0,743	0,323	-1,990**
Тревожность	1,159	0,724	-2,254**
Враждебность	1,537	0,159	-2,561**
Фобии	0,401	0,262	-2,801**
Паранойяльность	0,536	0,271	-1,651**
Психотизм	0,52	0,409	-1,900*
Выраженность показателей смысложизненных ориентаций фтизиатрических больных, ср. б.			
Цели	19,6	23,5	-2,321**
Процесс	18,1	23,5	-1,994**
Результат	20,4	28,2	-2,951**
Локус контроля-Я	11,9	16,4	-1,993**
Локус контроля-Жизнь	17,4	22,7	-2,863**
Общий показатель ОЖ	62,9	80,1	-2,813**

Примечание: **- $p \leq 0,01$; *- $p \leq 0,05$

Как видно из таблицы 2.4.1., после реализации программы коррекции комплаентности фтизиатрических больных обнаруживается повышение общего уровня комплаентности и в частности эмоционального, социального и поведенческого компонентов комплаенса на высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,01$). Средний балл выраженности общего уровня комплаентности составляет 76,9, что соответствует среднему уровню развития данного показателя. Это означает, что пациенты экспериментальной группы в большей степени стали ориентироваться на рекомендации и предписания врача.

Лечащий персонал стал для них более авторитетен. У пациентов со средним уровнем комплаентности будет наблюдаться более серьезное отношение к своему заболеванию. Больные стали в большей степени ориентированы на выздоровление и занимают более активную роль в процессе лечения.

Так же наблюдается повышение уровня эмоциональной комплаентности на статистически высоком уровне значимости ($p \leq 0,01$). Теперь в экспериментальной группе средняя выраженность по данной шкале составляет 26 баллов, это соответствует среднему уровню развития эмоциональной комплаентности. Соответственно для таких пациентов будет характерно более серьезное отношение к тяжести заболевания и более тщательное соблюдение врачебных предписаний и рекомендаций.

Поведенческая комплаентность в экспериментальной группе также возросла до среднего уровня выраженности – 24,9 ср.б. Это говорит о том, что для данных респондентов будет менее свойственна независимость от врача и медицинского персонала.

Составляющие комплаентности фтизиатрических больных экспериментальной группы повысились и возросли до среднего уровня выраженности, это значит, что несмотря на то, что уровень возрос, степень приверженности лечению будет определяться мотивацией и личными выгодами пациентов, следовательно, все еще не имеет необходимой стабильности. Это требует дополнительного внимания и контроля со стороны медицинского персонала для исключения возможности некачественного выполнения данными пациентами терапевтической программы.

Как мы видим из таблицы 2.4.1, что после участия в программе психологической коррекции у респондентов экспериментальной группы на высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,01$) снизились такие показатели выраженности паттернов психологических признаков как «Соматизация» (0,655 – выше нормы), «Обсессивность-компульсивность» (0,21 - норма), «Межличностная тревожность» (0,345 - норма), «Тревожность» (0,724

– выше нормы), «Депрессивность» (0,323 - норма), «Враждебность» (0,159 - норма), «Фобии» (0,262 – выше нормы), «Паранойяльность» (0,271 - норма). Также на высоком уровне значимости ($p \leq 0,05$) наблюдается снижение по шкале «Психотизм» (0,409 – выше нормы).

Таким образом, после применения программы психологической коррекции комплаентности фтизиатрических больных, в экспериментальной группе на фоне повышения уровня комплаентности наблюдается снижение выраженности паттернов психологических признаков. По результатам повторного диагностического среза после участия в программе коррекции у данных респондентов больше не наблюдается яркой выраженности обсессивно-компульсивной симптоматики, касающейся мыслей, импульсов и действий, ощущаемых инородными собственному «Я». Так же до уровня нормы снизились показатели дисфории, депрессивности, агрессии и раздражительности, враждебности и подозрительности. Показатели межличностной тревожности также достигли уровня нормы, что будет сказываться на качестве взаимодействия с медицинским персоналом и с окружающими, так как больше нет преобладания стремления к межличностной изоляции.

Как и сказано выше, по остальным показателям выраженности паттернов психотических признаков также наблюдается статистически значимое изменение, однако недостаточное, для достижения показателей нормы. Исходя из этого, у респондентов, прошедших программу коррекции все еще может наблюдаться дистресс, возникший на фоне чувства соматической дисфункции различных органов систем. Все еще повышены показатели тревожности и фобии, что может вести к избегающему поведению по отношению к стимулу.

По данным таблицы 2.4.1. видим, что испытуемые экспериментальной группы после участия в программе психологической коррекции по всем показателям выраженности смысложизненных ориентаций демонстрируют повышение показателей на высоком уровне статистической значимости

($p \leq 0,01$). «Цели» (23,5 – ниже нормы), «Процесс» (23,5 - норма), «Результат» (28,2 - норма), «Локус контроля-Я» (16,4 – ниже нормы), «Локус контроля-Жизнь» (22,7 ниже нормы), «Общий уровень ОЖ» (ниже нормы).

Следовательно, делаем вывод о том, что респонденты экспериментальной группы после участия в программе коррекции стали в большей степени целенаправленны и ориентированы на текущие события на фоне более положительного восприятия своей жизни. Несмотря на положительную динамику, все еще наблюдается недостаточная вера в возможность контролировать и планировать свою жизнь. Общая осмысленность жизни повысилась, однако все еще не достигает уровня нормы.

Так же нами был произведен повторный срез в контрольной группе фтизиатрических, повторную диагностику, предусмотренную нашим исследованием. После статистической обработки данных с помощью непараметрического критерия Т-Вилкоксона для двух зависимы выборок нами были получены следующие результаты (таблица 2.4.2.).

Таблица 2.4.2.

Значение критерия Т- Вилкоксона при сравнении показателей в контрольной группе до и после воздействия

Изучаемые показатели	До	После	$T_{эмп}$
Уровень комплаентности фтизиатрических больных, ср. б.			
Общий уровень комплаентности	83	82,6	-1,414
Социальная комплаентность	27,6	27,5	-0,322
Эмоциональная комплаентность	27,2	27,5	-0,750
Поведенческая комплаентность	24,1	24,3	-0,405
Выраженность показателей паттернов психологических признаков фтизиатрических больных, ср. б.			
Соматизация	0,282	0,292	-0,405
Обсессивность-компульсивность	0,242	0,239	-0,962
Межличностная тревожность	0,143	0,15	-0,106
Депрессивность	0,306	0,3	-0,106
Тревожность	0,214	0,215	-0,378
Враждебность	0,339	0,341	-0,531
Фобии	0,084	0,08	-1,0
Паранойяльность	0,288	0,285	-0,368

Психотизм	0,186	0,149	-2,214
Выраженность показателей смысложизненных ориентаций фтизиатрических больных, ср. б.			
Цели	29,9	29,4	-1,980
Процесс	27	26,9	-0,270
Результат	32,3	31,8	-0,813
Локус контроля-Я	19,3	19,2	-0,447
Локус контроля-Жизнь	28,2	27,8	-0,447
Общий показатель ОЖ	92,5	92,4	-0,276

Примечание: **- $p \leq 0,01$; *- $p \leq 0,05$

Как мы видим из таблицы 2.4.2. у респондентов контрольной группы не наблюдается статистически значимых сдвигов показателей уровня комплаентности, выраженности показателей паттернов психологических признаков, а также выраженности показателей смысложизненных ориентаций. Предполагаем, что незначительные изменения, обнаруженные в ходе повторного диагностического среза можно объяснить естественной динамикой развития.

В результате реализации программы психологической коррекции комплаентности были достигнуты предполагаемые результаты, а именно, на высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,01$) повысились показатели эмоционального, поведенческого и социального уровней комплаентности, а также повысился общий уровень комплаентности респондентов контрольной группы.

Таким образом подтвердились обе наши гипотезы. В условиях противотуберкулезного диспансера большая часть фтизиатрических больных обнаруживает низкий уровень комплаентности.

Комплаентность фтизиатрических больных возможно повысить посредством включения их в программу групповой психологической коррекции, направленную на основные структурные компоненты комплаенса: эмоциональный, когнитивный и поведенческий подтверждается на высоком уровне статистической значимости $p \leq 0,01$, но требует дополнительного

исследования с подключением таких показателей, как возраст, пол, тяжесть заболевания и время пребывания в болезни и т.д.

Заключение

Целью данной работы являлось изучение особенностей групповой психологической коррекции фтизиатрических больных в условиях диспансеризации.

Для достижения поставленной цели были решены следующие задачи:

1. На основе теоретического анализа научной литературы выявлена степень разработанности исследуемой проблемы.
2. Выявлен уровень и особенности комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации.
3. Разработана и реализована программа групповой психологической коррекции комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации, а также оценена эффективность ее применения.

Изучение теоретических основ особенностей групповой психологической коррекции фтизиатрических больных в условиях диспансеризации позволило нам сделать вывод о том, что несмотря на высокую теоретическую и практическую значимость данной темы – степень ее разработанность находится на недостаточном уровне, что определяет актуальность данного исследования.

В ходе анализа научной литературы мы пришли к выводу о том, что комплаентность как уровень приверженности пациента процессу терапии – один из основных факторов, влияющих на эффективность терапии.

В ходе теоретического анализа исследуемого вопроса было выявлено, что фтизиатрические пациенты обладают комплексом психологических особенностей когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфер. Данные особенности способны оказать негативное влияние на эффективность противотуберкулезной терапии.

Подводя итоги анализа научной литературы, мы придерживаемся точки зрения Р.В. Кадырова, что, лишь будучи «субъектом» процесса терапии человек способен на скорейшее выздоровление. Степень приверженности лечению

такого пациента будет выражаться в точном соблюдении предписаний врача и нацеленности на выздоровление.

В исследовании мы исходим из психологического подхода в понимании комплаентности, в рамках которого данный феномен рассматривается как приверженность пациента лечению, часть структуры психической деятельности, включающей убеждения, влияющие на поведение человека и затрагивающие сферу отношений к терапевтическому процессу в целом [13]. Так же мы ориентировались на положение В.Д. Менделевича о том, что существует три структурных компонента, оказывающих существенное влияние на комплаентность пациента: эмоциональный, когнитивный и поведенческий, в рамках каждого из них может происходить снижение приверженности лечению, исходя из этих данных мы планируем и реализуем программу психологической коррекции комплаентности фтизиатрических больных [28]. Теоретической основой нашей работой выступило представление Р.В. Кадырова о том, что выделяется три уровня развития комплаентности: высокий, средний, низкий, каждый из которых в разной степени определяет эффективность или трудности в терапии и в установлении лечебного альянса в диаде «врач-пациент» [13].

На наш взгляд, для повышения успешности лечения фтизиатрических больных должны учитываться их психологические особенности с целью выстраивания продуктивного контакта, а также с целью формирования более высокого уровня комплаентности пациентов.

Мы считаем, что включение пациентов диспансера в программу групповой психологической коррекции комплаентности необходимо и будет способствовать повышению продуктивности противотуберкулезной терапии. Решение проблемы того, каким должны быть содержание и направленность программы психологической коррекции комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации в частности – несет в себе высокую практическую значимость.

Нами было произведено исследование особенностей комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации. В ходе него было выявлено, что в условиях противотуберкулезного диспансера большая часть фтизиатрических больных обнаруживает низкий уровень комплаентности, проявляющейся в повышенной соматизации, тревожности, враждебности, фобиях и психотизме. Таким образом, у 50% фтизиатрических больных был обнаружен низкий уровень приверженности лечению, у 20% - средний уровень и 30% - высокий уровень комплаентности. Как показало дальнейшее исследование, испытуемые, имеющие разный уровень комплаентности статистически различаются на высоком уровне значимости $p \leq 0,01$ по таким показателям выраженности паттернов психологических признаков как «Соматизация» $H_{эмп} = 14,308$, «Межличностная тревожность» $H_{эмп} = 14,531$, «Тревожность» $H_{эмп} = 14,310$, «Враждебность» $H_{эмп} = 14,319$, «Фобии» $H_{эмп} = 14,508$, «Психотизм» $H_{эмп} = 16,036$, что в значительной мере может осложнять процесс взаимодействия с медицинским персоналом.

На основе теоретического анализа научной литературы и анализа результатов исследования особенностей комплаентности фтизиатрических больных нами была спланирована и реализована программа групповой психологической коррекции комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации. Основной целью которой являлось повышение уровня комплаентности пациентов к процессу терапии, а также оказание помощи пациенту в адаптации к условиям диспансера, коррекция неадекватных представлений о заболевании, создание мотивации на активное сотрудничество со специалистами, обучение адекватному отношению к актуальным вопросам, связанным с заболеванием и лечением.

Согласно результатам сравнительного анализа, большая часть пациентов противотуберкулезного диспансера обнаруживает низкий уровень приверженности к лечению. У пациентов с низким уровнем комплаентности выраженность показателей паттернов психологических признаков будет выше,

а выраженность показателей смысложизненных ориентаций – ниже, чем у пациентов со средним или высоким уровнем комплаентности.

После включения пациентов с низким уровнем приверженности к лечению в программу групповой психологической коррекции комплаентности нами был произведен повторный диагностический срез. Посредством включения фтизиатрических больных в программу групповой психологической коррекции, направленную на основные структурные компоненты комплаенса: эмоциональный, когнитивный и поведенческий нам удалось повысить уровень комплаентности пациентов контрольной группы в общем и в частности ее эмоциональный, поведенческий и социальный уровни.

Составляющие комплаентности фтизиатрических больных экспериментальной группы повысились и возросли до среднего уровня выраженности, это значит, что несмотря на то, что уровень возрос, степень приверженности лечению будет определяться мотивацией и личными выгодами пациентов, следовательно, все еще не имеет необходимой стабильности. Это требует дополнительного внимания и контроля со стороны медицинского персонала для исключения возможности некачественного выполнения данными пациентами терапевтической программы.

Согласно результатам статистического анализа, повторная диагностика показала нам эффективность примененной нами программы групповой психологической коррекции комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации, что подтверждается на высоком уровне статистической значимости.

Мы считаем, что для повышения продуктивности лечения фтизиатрических пациентов в условиях диспансеризации крайне важно способствовать формированию и поддержанию высокого уровня комплаентности. Данная задача может быть решена посредством включения в план терапии нашей программы психокоррекционных занятий. Однако для повышения эффективности программы психологической коррекции

необходимо более подробная психодиагностика пациентов, а при ее планировании следует учитывать такие показатели, как возраст, пол, тяжесть и время пребывания в болезни, а также тип туберкулеза.

Таким образом, основная цель выпускной квалификационной работы и поставленные задачи достигнуты, обе гипотезы подтверждены на высоком уровне статистической значимости.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Афтанас, Л.И. Эффекты психофизиологической коррекции в комплексной терапии больных туберкулезом легких: анализ психомоторных функций и нейровегетативной регуляции / Л.И. Афтанас, В.А. Краснов, О.В. Колесникова // Бюл. СО РАМН. – 2006. – № 3 (121). – С. 90-98.
2. Берлин-Чертов, С.В. Туберкулез и психика / С.В. Берлин - Чертов // Труды Московского областного научно-исследовательского туберкулезного института - М., 1948. - С. 28-38.
3. Баранова, Г. В. О личностных особенностях больных туберкулезом легких / Г.В. Баранова, Н.В. Золотова, Ю.В. Долгова, Л.И. Панкова // Туберкулез в России, год 2007: Материалы VIII Российского съезда фтизиатров. – М., 2007. – С. 165-166.
4. Беляева, В.В. Коммуникация и консультирование в области ВИЧ-инфекции: учеб. пособие для медицинских работников. Проект «Здоровая Россия» / В.В. Беляева, Л.Ю. Афонина, Е.В. Дмитриева. – М., 2005.
5. Валиев, Р.Ш. Лечение больных туберкулезом легких с учетом особенностей их личности и отношения к болезни / Р.Ш. Валиев // Пробл. туб. – 1999. – № 2. – С. 27-31.
6. Виноградов, М.В. Психическое состояние больных с ограниченными формами туберкулеза легких / М.В. Виноградов, И.И. Черкашина, М.И. Лерельшн // Проблемы туберкулеза. – 1991. – № 10. – С. 41-43.
7. Галявич, А.С. Качество жизни и приверженность к лечению больных гипертонической болезнью / А.С. Галявич, С.В. Давыдов // Казанский медицинский журнал. – 2001. – № 3. – С. 198-202.
8. Горбунова, Н. В. Социально-психологические особенности пациентов, больных туберкулезом / Н.В. Горбунова // Молодой ученый. — 2012. — №11. — С. 350-353.

9. Гурылева, М.Э. Характеристика качества жизни больных туберкулезом органов дыхания при амбулаторном режиме лечения / М.Э. Гурылева, О.И. Герасимова // Проблемы туберкулеза. – 2002. – №8. – С. 10–12.
10. Долгих, Н. А. Состояние ситуационно-личностного реагирования у впервые выявленного больного туберкулеза и их специфическое лечение с использованием психотерапии: автореф. дис. канд. мед. наук / Н.А. Долгих. – М., 2000.
11. Евсеенко, Н.А. О состоянии заболеваемости туберкулезом населения Белгородской области / Н.А. Евсеенко, В.Н. Рыжаева // Символ науки. – 2016. – №3. – С. 168-171.
12. Ерхов, И.С. О дезадаптационных нервно-психических нарушениях при туберкулезе легких. / И.С. Ерхов, Л.Н. Собчик, И.Д. Серегин, В.И. Вашкевич // Соматоневрологические синдромы. – М., 1986. – С. 25-28.
13. Кадыров, Р.В. Опросник «Уровень комплаентности»: монография / Р. В. Кадыров, О. Б. Асриян, С. А. Ковальчук. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с.
14. Караяни, А.Г. Психотерапия и психокоррекция как методы психологической помощи / А.Г. Караяни, И.В. Сыромятников. - СПб.: Питер, 2006. - 480 с.
15. Коц, Я.И. Комплаентность как фактор повышения эффективности лечения больных с хронической сердечной недостаточностью / Я.И. Коц, И.С. Митрофанова // Российский медицинский журнал. – 2016. – №4 – С. 4-7.
16. Котов, А.С. Комплаентность у больных эпилепсией / А.С. Котов // Журнал неврологии и психиатрии. – 2010. – №11. – С.46-48.
17. Кошелева, Г.Я. Клинико-психологические характеристики больных туберкулезом легких и их динамика в процессе комплексного лечения / Г.Я. Кошелева. – Л., 1990.
18. Леонтьев, Д.А. Методика изучения ценностных ориентаций / Д.А. Леонтьев. – М.: «Смысл», 1922.

19. Личко, А.Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А.Е. Личко, Н.Я. Иванов // Невропатология и психиатрия. – 1980. – Т. 8. – С. 1195-1198.
20. Ломаченков, В.Д. Сравнительная характеристика санитарной грамотности больных туберкулезом и другими заболеваниями / В.Д. Ломаченков, З.С. Каган // Проблемы туберкулеза. – 1984. – № 1. – С. 14-16.
21. Ломаченков, В.Д. Психологические особенности мужчин и женщин, впервые заболевших туберкулезом легких, и их социальная адаптация / В.Д. Ломаченков, Г.Я. Кошелева // Проблемы туберкулеза. – 1997. – № 3. – С. 9-11.
22. Лурия, А.Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / А.Р. Лурия. – М.: Медицина, 1977. – 112 с.
23. Лутова, Н.Б. Комплаенс в психиатрии и способы его оценки / Н.Б. Лутова, Н.Г. Незнанов, В.Д. Вид // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – Т.10. – №1. – С.8-12.
24. Левин К. Теория поля в социальных науках / Пер. с англ. - СПб.: Сенсор, 2000. - 368 с
25. Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика: новейший справочник / И.Г. Малкина-Пых. – М., 2003. – 928 с.
26. Медик, В.А. Статистика в медицине и биологии / В.А. Медик, Б.Б. Фишман, М.С. Токмачев. – М.: Медицина, 2000-2001.
27. Мельник, В.М. Эволюция психоневротических расстройств у неэффективно леченных больных с впервые диагностированным деструктивным туберкулезом легких / В.М. Мельник, Ю.Н. Вагецкий, Л.С. Липко // Проблемы туберкулеза. – 2004. – № 9. – С. 28-30.
28. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. – М.: МЕД-пресс, 1998. – 482 с.
29. Миронова, Т.Л. Взаимосвязь личностных свойств и особенностей эмоциональной сферы у больных туберкулезом / Т.Л. Миронова, Н.Б. Кункурдонова // Вестник Бурятского государственного университета. – Улан-

Удэ: Изд-во Бурят. госун-та, 2012. – С.51-58.

30. Модель, Л. И. Очерки клинической патофизиологии туберкулеза. – М., 1962.

31. Морозова, М.А. Динамика качества комплаентности у больных шизофренией в ходе длительного сравнительного исследования атипических и типичных антипсихотиков / М.А. Морозова [и др.] // Психиатрия – 2007 – С.15-25.

32. Мясищев, В.Н. О профилактическом направлении советской психоневрологии / В.Н. Мясищев // Вопросы профилактики невропсихических заболеваний и организации психоневрологической помощи: труды Института им. В. М. Бехтерева. – Л., 59. – Т. 19. – С. 3-9.

33. Наумова, Е.А. Выполнение больными врачебных назначений: эффективны ли вмешательства, направленные на улучшение этого показателя / Е.А. Наумова, Ю.Г. Шварц // Международный журнал медицинской практики. – 2006. – С.48-60.

34. Наследов, А. Д. Вопросы применения метода моделирования структурными уравнениями в психолого-педагогических исследованиях Том II Формирование основных направлений развития современной статистики и эконометрики: Материалы I-й Международной научной конференции. (26-28 сентября 2013 года). – Оренбург: ООО ИПК «Университет», 2013, С. 216 – 225.

35. Оганов, Р.Г. Как улучшить приверженность к лечению пациента с артериальной гипертензией / Р.Г. Органов, С.Р. Гиляревский // Здоровье Украины. – 2008. – №9. – С. 47-49.

36. Общая психокоррекция: учеб. пособие / А.А. Осипова. - М.: ТЦ Сфера, 2002. - 512 с.

37. Поклитар, Е. А. Туберкулез, личность, психиатрия / Е.А. Поклитар // Вопросы ментальной медицины и экологии – 2001. – Т. 7, № 3. – С. 10-12.

38. Пьянзова, Т.В. Психологические предикторы низкой комплаентности

- больных впервые выявленным туберкулезом легких /Т.В. Пьян- зова // Бюллетень сибирской медицины – Кемерово: КГМА – 2012. – № 6. – С. 216–217
39. Раппопорт А. Системный подход в психологии / А. Раппопорт // Психологический журнал. - 1994. - №3. - С. 3-34.
40. Сиресина, Н.Н. Психологическое и нейропсихологическое сопровождение терапии туберкулеза легких: метод, пособие / Н.Н. Сиресина [и др.] – М., 2007. – С. 186-187.
41. Сиресина, И. И. Патогенные психологические особенности больных туберкулезом легких и их коррекция / И.И. Сиресина [и др.] // Туберкулез в России, год 2007: Материалы VIII Российского съезда фтизиатров. – М., 2007. – С. 186-187.
42. Сиресина, Н.Н. Психосоматический подход к проблеме туберкулеза легких / Н.Н. Сиресина [и др.] // Научные труды к 80-летию ведущего противотуберкулезного учреждения г. Москвы, 10-летию Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулезом. – М.: МНПЦБТ, 2007. – С. 123–127.
43. Слюсарева, Е.С. Методы психологической коррекции: Учебно-методическое пособие / Е.С. Слюсарева, Г.Ю. Козловская. - Ставрополь: СГПУ, 2008. - 240 с.
44. Стрельцов, В. В. К вопросу об оптимизации лечения при туберкулезе легких / В.В. Стрельцов [и др.] // Актуальные проблемы туберкулеза и болезней легких. – М., 2006. – С. 124-125.
45. Стрельцов, В.В. Индивидуальная психологическая коррекция в системе комплексной реабилитации больных туберкулезом легких / В.В. Стрельцов [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2012. – № 3. – С. 31–37.
46. Собчик, Л.Н. Психодиагностика в медицине. Практическое руководство / Л.Н. Собчик. – М.: «Боргес», 2007. – С. 68–73
47. Соколова, Е.Т. Перспективы системной модели комплайенса / Е.Т.

- Соколова // Клиническая психология в здравоохранении и образовании. – 2011 – № 2. – С. 4–7.
48. Соловей, С.Д. Социально-психологическая характеристика впервые выявленных больных туберкулезом легких (по материалам ГУЗ ЛО «Зеленохолмская туберкулезная больница») / С.Д. Соловей // Фтизиатрическая служба Ленинградской области — состояние и перспективы развития: сборник научных трудов. – СПб.: Ривьевра, 2005. – С. 271–284.
49. Столбун, Ю.В. Личностные особенности больных с впервые выявленным туберкулезом легких / Ю.В. Столбун, Н.В. Золотова // Сборник материалов ко II Международному конгрессу «Психосоматическая медицина – 2007». – СПб., 2007. – С. 148-149.
50. Сухова, Е. В. Поведенческая агрессия больных туберкулезом легких и способ ее коррекции / Е.В. Сухова // Проблемы туберкулеза. – 2003. – №12. – С. 13-17.
51. Тараненко, М. И. Возможности психотерапии в комплексном лечении больных туберкулезом / М.И. Тараненко, М.И. Степула // Научно-практическая конференция по деонтологии и психотерапии. – Одесса, 1983. – С. 46.
52. Тхостов, А.Ш. Проблема формирования приверженности лечению при хронических заболеваниях / А.Ш. Тхостов // Клиническая психология в здравоохранении и образовании. – 2011 – № 2. – С. 2–3
53. Фау, Е. А. Туберкулез как фактор «потрясения» / Е.А. Фау, Г.А. Фау // Сборник научных работ, посвящ. 120-й годовщине открытия Робертом Кохом возбудителя туберкулеза. – СПб., 2002. – Вып. 3. – С. 66-69.
54. Худушина, Т.А. Современная клинико-социальная характеристика впервые выявленных больных туберкулезом легких / Т.А. Худушина // Проблемы туберкулеза. – 1992. – № 2. – С. 20-22.
55. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: учеб. пособие / О.В. Хухлаева. - М.: Издательский центр «Академия», 2001. - 208 с.

56. Челнокова, Н.В. Нарушения функционального состояния центральной нервной системы у больных туберкулезом легких / Н.В. Челнокова // Проблемы туберкулеза. – 1991. – № 8. – С. 46-48.
57. Шалимова, Г.А. Психодиагностика эмоциональной сферы личности: практическое пособие /Авт.-сост. Г.А. Шалимова. – М.: АРКТИ, 2006 – С. 25.
58. Психодиагностика, коррекция и развитие личности: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - 2-е изд. / Н.И. Шевандрин. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. - 512 с.
59. Яновский, Ф. Г. Туберкулез легких / Ф.Г. Яновский. – М, 1993. – С. 119-123.
60. Деларю, В.В. Оказание психологической/психотерапевтической помощи больным туберкулезом людям (по данным социологического исследования) [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 1 (18). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 27.07.2017).
61. Баранова, Г.В., Золотова Н.В., Столбун Ю.В. Структура личностных черт у больных туберкулезом легких [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 3 (14). – URL: <http://mprj.ru/> (дата обращения: 27.07.2017).
62. Психологическая коррекция: учеб. пособие / сост. Я.А. Мазуренко. - Новосибирск: Изд-во НГТУ, 2007. - 132 с.
63. Психологическая диагностика отношения к болезни: учеб. пособие для врачей. СПб НИПНИ им. Бехтерева, Санкт-Петербург, 2005 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1

Методика «Смысложизненные ориентации» Д. А. Леонтьева

Инструкция: Вам будут предложены пары противоположных утверждений. Ваша задача - выбрать одно из двух утверждений, которое, по Вашему мнению, больше соответствует действительности, и отметить одну из цифр 1, 2, 3, в зависимости от того насколько Вы уверены в выборе (или 0, если оба утверждения на Ваш взгляд одинаково верны).

1	Обычно мне очень скучно.	3	2	1	0	1	2	3	Обычно я полон энергии.
2	Жизнь кажется мне всегда волнующей и захватывающей.	3	2	1	0	1	2	3	Жизнь кажется мне совершенно спокойной и рутинной.
3	В жизни я не имею определенных целей и намерений.	3	2	1	0	1	2	3	В жизни я имею очень ясные цели и намерения.
4	Моя жизнь представляется мне крайне бессмысленной и бесцельной.	3	2	1	0	1	2	3	Моя жизнь представляется мне вполне осмысленной и целеустремленной.
5	Каждый день кажется мне всегда новым и непохожим на другие.	3	2	1	0	1	2	3	Каждый день кажется мне совершенно похожим на все другие.
6	Когда я уйду на пенсию, я займусь интересными вещами, которыми всегда мечтал заняться.	3	2	1	0	1	2	3	Когда я уйду на пенсию, я постараюсь не обременять себя никакими заботами.
7	Моя жизнь сложилась именно так, как я мечтал.	3	2	1	0	1	2	3	Моя жизнь сложилась совсем не так, как я мечтал.
8	Я не добился успехов в осуществлении своих жизненных планов.	3	2	1	0	1	2	3	Я осуществил многое из того, что было мною запланировано в жизни.
9	Моя жизнь пуста и неинтересна.	3	2	1	0	1	2	3	Моя жизнь наполнена интересными делами.
10	Если бы мне пришлось подводить сегодня итог моей жизни, то я бы сказал, что она была вполне осмысленной.	3	2	1	0	1	2	3	Если бы мне пришлось сегодня подводить итог моей жизни, то я бы сказал, что она не имела смысла.
11	Если бы я мог выбирать, то я бы построил свою жизнь совершенно иначе.	3	2	1	0	1	2	3	Если бы я мог выбирать, то я бы прожил жизнь еще раз так же, как живу сейчас.
12	Когда я смотрю на окружающий меня мир, он часто приводит меня в растерянность и беспокойство.	3	2	1	0	1	2	3	Когда я смотрю на окружающий меня мир, он совсем не вызывает у меня беспокойства и растерянности.
13	Я человек очень обязательный.	3	2	1	0	1	2	3	Я человек совсем не обязательный.

14	Я полагаю, что человек имеет возможность осуществить свой жизненный выбор по своему желанию.	3	2	1	0	1	2	3	Я полагаю, что человек лишен возможности выбирать из-за влияния природных способностей и обстоятельств.
15	Я определенно могу назвать себя целеустремленным человеком.	3	2	1	0	1	2	3	Я не могу назвать себя целеустремленным человеком.
16	В жизни а еще не нашел своего призвания и ясных целей.	3	2	1	0	1	2	3	В жизни я нашел свое призвание и цели.
17	Мои жизненные взгляды еще не определились.	3	2	1	0	1	2	3	Мои жизненные взгляды вполне определились.
18	Я считаю, что мне удалось найти призвание и интересные цели в жизни.	3	2	1	0	1	2	3	Я едва ли способен найти призвание и интересные цели в жизни.
19	Моя жизнь в моих руках, и я сам управляю ею.	3	2	1	0	1	2	3	Моя жизнь не подвластна мне и она управляется внешними событиями.
20	Мои повседневные дела приносят мне удовольствие и удовлетворение.	3	2	1	0	1	2	3	Мои повседневные дела приносят мне сплошные неприятности и переживания.

Ключ к методике «Смыслоразностные ориентации» Д. А. Леонтьева

Обработка результатов сводится к суммированию числовых значений для всех 20 шкал и переводу суммарного балла в стандартные значения (проценты или станы). Восходящая последовательность градаций (от 1 до 7) чередуется в случайном порядке с нисходящей (от 7 до 1), причем максимальный балл (7) всегда соответствует полюсу наличия цели в жизни, а минимальный балл (1) - полюсу ее отсутствия.

Общий показатель ОЖ - все 20 пунктов.

Субшкала 1 (цели) - 3, 4, 10, 16, 17, 18.

Субшкала 2 (процесс) - 1, 2, 4, 5, 7, 9.

Субшкала 3 (результат) - 8, 9, 10, 12, 20.

Субшкала 4 (локус контроля - Я) - 1, 15, 16, 19.

Субшкала 5 (локус контроля - жизнь) - 7, 10, 11, 14, 18, 19.

Шкала	Мужчины	Мужчины	Женщины	Женщины
	Среднее знач.	Станд. откл.	Среднее знач.	Стан. откл.
1. Цели	32,90	5,92	29,38	6,24
2. Процесс	31,09	4,44	28,80	6,14
3. Результат	25,46	4,30	23,30	4,95
4. ЛК-Я	21,13	3,85	18,58	4,30
5. ЛК-жизнь	30,14	5,80	28,70	6,10
Общий ОЖ	103,10	15,03	95,76	16,54

Интерпретация шкал методики «Смыслжизненные ориентации»

Д. А. Леонтьева

1. Цели в жизни – придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Низкие баллы по этой шкале при общем высоком ОЖ будут присущи человеку, живущему сегодняшним и вчерашним днем. Вместе с тем высокие баллы могут характеризовать не только целеустремленного человека, но и прожектера, планы которого не имеют реальной опоры в настоящем и не подкрепляются личной ответственностью за их реализацию. Эти два случая несложно различить, учитывая показатели по другим шкалам.

2. Процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни. Содержание этой шкалы совпадает с известной теорией о том, воспринимает ли испытуемый сам процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом. Высокие баллы по этой шкале и низкие по остальным будут характеризовать гедониста, живущего сегодняшним днем. Низкие баллы – признак неудовлетворенности своей жизнью в настоящем; при этом, однако, ей могут придавать полноценный смысл воспоминания о прошлом или нацеленность на будущее.

3. Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией. Баллы по этой шкале отражают оценку пройденного отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмысленна ее прожитая часть. Высокие баллы по этой шкале и низкие по остальным будут характеризовать человека, который доживает свою жизнь, у которого все в прошлом, но прошлое способно придать смысл остатку жизни. Низкие баллы – неудовлетворенность прожитой частью жизни.

4. Локус контроля-Я (Я – хозяин жизни). Высокие баллы соответствуют представлению о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о смысле. Низкие баллы – неверие в свои силы контролировать события собственной жизни.

5. Локус контроля – жизнь или управляемость жизни. При высоких баллах – убеждение в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь. Низкие баллы – фатализм, убежденность в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна, и бессмысленно что-либо загадывать на будущее.

Методика «Симптоматический опросник»
 («Symptom-Check-List-90») L. Derogatis

Инструкция: Ниже приведен перечень проблем и жалоб, которые иногда возникают у людей. Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Поставьте цифру 0, 1, 2, 3 или 4 напротив номера того ответа, который наиболее точно описывает степень Вашего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели, включая сегодня. Впишите только один из номеров напротив каждого пункта, не пропуская ни одного пункта.

0 – совсем нет, 1 – немного, 2 – умеренно, 3 – сильно, 4 – очень сильно

.		Головные боли
.		Нервозность или внутренняя дрожь
.		Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли
.		Слабость или головокружения
.		Потеря сексуального влечения или удовольствия
.		Чувство недовольства другими
.		Ощущение, что кто-то другой может управлять Вашими мыслями
.		Ощущение, что почти во всех Ваших неприятностях виноваты другие
.		Проблемы с памятью
0.		Ваша небрежность или неряшливость
1.		Легко возникающая досада или раздражение
2.		Боли в сердце или в грудной клетке
3.		Чувство страха в открытых местах или на улице
4.		Упадок сил или заторможенность
5.		Мысли о том, чтобы покончить с собой
6.		То, что Вы слышите голоса, которых не слышат другие
7.		Дрожь
8.		Чувство, что большинству людей нельзя доверять
9.		Плохой аппетит

0.		Слезливость
1.		Застенчивость или скованность в общении с лицами другого пола
2.		Ощущение, что Вы в западне или пойманы
3.		Неожиданный и беспричинный страх
4.		Вспышки гнева, которые Вы не могли сдерживать
5.		Боязнь выйти из дома одному
6.		Чувство, что Вы сами во многом виноваты
7.		Боли в пояснице
8.		Ощущение, что что-то Вам мешает сделать что-либо
9.		Чувство одиночества
0.		Подавленное настроение, “хандра”
1.		Чрезмерное беспокойство по разным поводам
2.		Отсутствие интереса к чему бы то ни было
3.		Чувство страха
4.		То, что Ваши чувства легко задеть
5.		Ощущение, что другие проникают в Ваши мысли
6.		Ощущение, что другие не понимают Вас или не сочувствуют Вам
7.		Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь
8.		Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки
9.		Сильное или учащенное сердцебиение
0.		Тошнота или расстройство желудка
1.		Ощущение, что Вы хуже других
2.		Боли в мышцах
3.		Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас
4.		То, что Вам трудно заснуть
5.		Потребность проверять и перепроверять то, что вы делаете
6.		Трудности в принятии решения

7.		Боязнь езды в автобусах, метро или поездах
8.		Затруднённое дыхание
9.		Приступы жара или озноба
0.		Необходимость избегать некоторых мест или действий, т.к. они Вас пугают
1.		То, что Вы легко теряете мысль
2.		Онемение или покалывание в различных частях тела
3.		Комок в горле
4.		Ощущение, что будущее безнадежно
5.		То, что Вам трудно сосредоточиться
6.		Ощущение слабости в различных частях тела
7.		Ощущение напряжённости или взвинченности
8.		Тяжесть в конечностях
9.		Мысли о смерти
0.		Переедание
1.		Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за Вами или говорят о Вас
2.		То, что у Вас в голове чужие мысли
3.		Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо
4.		Бессонница по утрам
5.		Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, перечитывать и т.д. и т.п.
6.		Беспокойный и тревожный сон
7.		Импульсы ломать или крушить что-нибудь
8.		Наличие у вас идей или верований, которые не разделяют другие
9.		Чрезмерная застенчивость при общении с другими
0.		Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах)
1.		Чувство, что всё, что бы Вы ни делали, требует больших усилий
2.		Приступы ужаса или паники
3.		Чувство неловкости, когда Вы едите и пьёте на людях

4.		То, что Вы часто вступаете в спор
5.		Нервозность, когда Вы остались одни
6.		То, что другие недооценивают Ваши достижения
7.		Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми
8.		Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте
9.		Ощущение собственной никчемности
0.		Ощущение, что с Вами произойдёт что-то плохое
1.		То, что Вы кричите или швыряетесь вещами
2.		Боязнь, что Вы упадёте в обморок на людях
3.		Ощущение, что люди злоупотребляют Вашим доверием, если Вы им позволите
4.		Нервировавшие Вас сексуальные мысли
5.		Мысли, что Вы должны быть наказаны за ваши грехи
6.		Кошмарные мысли или видения
7.		Мысли о том, что с вашим телом что-то не в порядке
8.		То, что Вы не чувствуете близости ни к кому
9.		Чувство вины
0.		Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное

**Ключ и интерпретация методики «Симптоматический опросник»
(«Symptom-Check-List-90») L. Derogatis**

Для получения результата по базовым шкалам необходимо вычислить среднее арифметическое значение по вопросам, входящим в эту шкалу, т.е. сложить баллы по входящим в шкалу вопросам и разделить сумму на их количество. Если по каким-то из вопросов не было получено ответов, то их исключают из подсчёта. В случае, если пропущено 20% вопросов теста (18 пунктов) или 40% вопросов какой либо шкалы, результаты не могут считаться достоверными.

Результат по шкале GSI считается как среднее арифметическое значение всего теста, т.е. сумма баллов всех вопросов, делённая на 90.

PST равен просто количеству вопросов, на которые даны неотрицательные ответы.

PSDI - средняя тяжесть предъявляемых симптомов, вычисляется как деление общего балла всего теста на значение PST. Таким образом, при PST=90, GSI и PSDI будут равны друг другу, чем меньше значение PST, тем больше будет различие между ними.

Таблица базовых шкал SCL-90-R с входящими в них пунктами

Шкала	Кол-во пунктов	Номера пунктов
Соматизация	12	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58
Навязчивости	10	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65
Сенситивность	9	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73
Депрессия	13	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79
Тревожность	10	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86
Враждебность	6	11, 24, 63, 67, 74, 81
Фобия	7	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82
Паранойяльность	6	8, 18, 43, 68, 76, 83
Психотизм	10	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90

Интерпретация основных шкал

Соматизация — Somatization (SOM)

Нарушения, называемые соматизацией, отражают дистресс, возникающий из ощущения телесной дисфункции. Сюда относятся жалобы, фиксированные на

кардиоваскулярной, гастроинтестинальной, респираторной и других системах. Компонентами расстройства являются также головные боли, другие боли и дискомфорт общей мускулатуры и в дополнение — соматические эквиваленты тревожности. Все эти симптомы и признаки могут указывать на наличие расстройства, хотя они могут быть и проявлением реальных соматических заболеваний.

Обсессивность—компульсивность — Obsessive—Compulsive (O—C)

Обсессивно-компульсивное расстройство отражает симптомы, которые в сильной степени тождественны стандартному клиническому синдрому с тем же названием. Эти вопросы касаются мыслей, импульсов и действий, которые переживаются индивидом как непрерывные, непреодолимые и чуждые «Я». В эту шкалу также включены вопросы, касающиеся поведения или переживаний более общей когнитивной окраски.

Межличностная сензитивность — Interpersonal Sensitivity (INT)

Данное расстройство определяется чувствами личностной неадекватности и неполноценности, в особенности когда человек сравнивает себя с другими. Самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия характеризуют проявления этого синдрома. Кроме того, индивиды с высокими показателями по INT сообщают об обостренном чувстве осознания собственного Я и негативных ожиданиях относительно межличностного взаимодействия и любых коммуникаций с другими людьми.

Депрессия — Depression (DEP)

Симптомы этого расстройства отражают широкую область проявлений клинической депрессии. Здесь представлены симптомы дисфории и аффекта, такие как признаки отсутствия интереса к жизни, недостатка мотивации и потери жизненной энергии. Кроме того, сюда относятся чувства безнадежности, мысли о суициде и другие когнитивные и соматические корреляты депрессии.

Тревожность — Anxiety (ANX)

Тревожное расстройство состоит из ряда симптомов и признаков, которые клинически сопряжены с высоким уровнем манифестированной тревожности. В определение входят общие признаки, такие как нервозность, напряжение и дрожь, а также приступы паники и ощущение насилия. В качестве признаков тревожности сюда относятся когнитивные компоненты, включающие чувства опасности, опасения и страха и некоторые соматические корреляты тревожности.

Враждебность — Hostility (HOS)

Враждебность включает мысли, чувства или действия, которые являются проявлениями негативного аффективного состояния злости. В состав пунктов входят все три признака, отражающие такие качества, как агрессия, раздражительность, гнев и негодование.

Фобическая тревожность — Phobic Anxiety (PHOB)

Определяется как стойкая реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, которая характеризуется как иррациональная и неадекватная по отношению к стимулу, ведущая к избегающему поведению. Пункты, относящиеся к представленному расстройству, направлены на наиболее патогномичные и разрушительные проявления фобического поведения. Действительная структура расстройства находится в близком соответствии с дефиницией, называемой агорафобия (Marks, 1969), названной также синдромом фобической тревожной деперсонализации (Roth, 1959).

Паранойяльные тенденции — Paranoid Ideation (PAR)

Данное определение представляет паранойяльное поведение как вид нарушений мышления. Кардинальные характеристики проективных мыслей, враждебности, подозрительности, напыщенности, страха потери независимости, иллюзии рассматриваются как основные признаки этого расстройства, и выбор вопросов ориентирован на представленность этих признаков.

Психотизм — Psychoticism (PSY)

В шкалу психотизма включены вопросы, указывающие на избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни, на симптомы шизофрении, такие как галлюцинации или слышание голосов. Шкала психотизма представляет собой градуированный континуум от мягкой межличностной изоляции до очевидных доказательств психотизма. Кроме того, она может быть полезна для выявления грубой аггравации, симуляции и небрежного заполнения бланка - при высоких значениях по ней при отсутствии явной симптоматики.

Дополнительные вопросы

Семь вопросов, которые входят в SCL, не попадают ни под одно определение симптоматических расстройств; эти симптомы действительно являются указателями некоторых расстройств, но не относятся ни к одному из них. Хотя в этом смысле присутствие дополнительных вопросов нарушает один из статистических критериев для включения в тест, но все же они вошли в него, так как являются клинически важными. Дополнительные вопросы участвуют в общей обработке SCL и используются «конфигурально». Так, например, высокие значения DEP в сочетании с «ранним утренним пробуждением» и «плохим аппетитом» означают другое состояние, отличное от тех же значений DEP без этих симптомов. В том же смысле наличие «чувства вины» является важным клиническим индикатором, который предоставляет необходимую информацию клиницистам. Дополнительные вопросы не объединены между собой как отдельное расстройство, а участвуют в общей обработке теста.

Интерпретация оценочных шкал

Индексы второго порядка предложены для того, чтобы иметь возможность более гибко оценивать психопатологический статус пациента. Функцией каждого из них является приведение к единому масштабу уровня и глубины личностной психопатологии. Каждый индекс делает это некоторым особым способом и отражает какие-то отдельные аспекты психопатологии. Информация о типе реагирования и количестве утвердительных ответов для симптомов, рассмотренная в связи с GSI, может быть очень полезна в понимании клинической картины.

Общий индекс тяжести симптомов (GSI)

GSI является лучшим индикатором текущего состояния и глубины расстройства, и его следует использовать в большинстве случаев, где требуется обобщенный единичный показатель. GSI является комбинацией информации о количестве симптомов и интенсивности переживаемого дистресса.

Индекс наличного симптоматического дистресса (PDSI)

PSDI является исключительно мерой интенсивности состояния, соответствующей количеству симптомов. Этот показатель работает в основном как индикатор типа

реагирования на взаимодействие: усиливает ли или преуменьшает испытуемый симптоматический дистресс при ответах

Общее число утвердительных ответов (PSI)

PST — просто подсчет числа симптомов, на которые пациент дает положительные ответы, — т. е. количество утверждений, для которых испытуемый отмечает хоть какой-то уровень выше нулевого.

Интерпретация опросника в целом

Результаты по SCL-90-R могут быть интерпретированы на трех уровнях: общая выраженность психопатологической симптоматики, выраженность отдельных шкал, выраженность отдельных симптомов. Интерпретация основных шкал производится в соответствии с их описанием, предназначением и теоретико-методологическими основами экспериментатора.

Индекс GSI является наиболее информативным показателем, отражающим уровень психического дистресса индивида. Индекс PSDI представляет собой измерение интенсивности дистресса и, кроме того, может служить для оценки «стиля» выражения дистресса испытуемого: проявляет ли испытуемый тенденцию к преувеличению или к укрытию своих симптомов. Индекс PST отражает широту диапазона симптоматики индивида. Информация, полученная из этих трех источников, должна быть тщательно интегрирована для того, чтобы получить наиболее значимую и валидную картину дистресса

Бланк ответов методики «Уровень комплаентности» Р.В. Кадырова

Инструкция: В «Бланке опросника №1» перед Вами 66 вопросов. Выберите наиболее соответствующий Вам вариант ответа из трех предложенных: «Всегда», «Иногда», «Никогда». Отвечайте, пожалуйста, не задумываясь, помните, что не бывает хороших или плохих ответов.

№ п/п	«Все-гда»	«Ино-гда»	«Ни-когда»	№ п/п	«Все-гда»	«Ино-гда»	«Нико-гда»	№ п/п	«Все-гда»	«Ино-гда»	«Нико-гда»
1.				24.				47.			
2.				25.				48.			
3.				26.				49.			
4.				27.				50.			
5.				28.				51.			
6.				29.				52.			
7.				30.				53.			
8.				31.				54.			
9.				32.				55.			
10.				33.				56.			
11.				34.				57.			
12.				35.				58.			
13.				36.				59.			
14.				37.				60.			
15.				38.				61.			
16.				39.				62.			
17.				40.				63.			
18.				41.				64.			
19.				42.				65.			
20.				43.				66.			
21.				44.							
22.				45.							
23.				46.							

Текст опросника методики «Уровень комплаентности» Р.В. Кадырова

«Бланк опросника №1»

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 слежуду 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 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 слеую всем его рекомендациям.
55. Придерживаясь предписаний врача, я долго волнуюсь по поводу того, что могу сделать что-то неверно.
56. Охотно выслушиваю наставления, касающиеся своего 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 слеую 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.

Ключ и интерпретация методики «Уровень комплаентности»

Р.В. Кадырова

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.

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

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 комплаентность представлена суммой всех показателей комплаентного поведения и выражается, следующим образом:

От 0 до 40 – низкий уровень комплаентности. От 41 до 80 – средний уровень комплаентности.

От 81 до 120 – высокий уровень комплаентности.

Интерпретация результатов опросника

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, несмотря 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 желаниям, не делает усилий по выполнению врачебных требований и рекомендаций. Не организован, 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 беспокоиться 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, несмотря 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.

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; 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.

Программа психологической коррекции комплаентности фтизиатрических больных в условиях диспансеризации

Продолжительность 1,5 месяца. Психокоррекционная сессия: 7 встреч (1 раз в неделю). Первая встреча – 60 минут, вторая встреча – 60 минут; третья встреча – 100 минут; четвертая встреча – 120 минут; пятая встреча – 60 минут; шестая встреча – 60 минут.

Самостоятельная работа: 4 дня в течение часа.

Психокоррекционная группа: 10 человек.

Занятие №1. Тема: «Знакомство»

Цель: знакомство участников друг с другом, сокращение психологической дистанции, создание доверительной атмосферы. Отработка навыков коммуникативного поведения.

Форма проведения: мини-лекция с элементами ролевых игр.

Этапы занятия:

№ п\п	Название этапа	Продолжительность (мин.)	Оснащение
1.	Представление	2	-
2.	Правила группы	3	Лист картона, маркер
3.	Игра – знакомство «Имена и качества»	10	Мяч
4.	Разминка «Предмет о хозяине»	20	-
5.	Упражнение «Я надеюсь, я опасюсь»	20	-
6.	Обратная связь	10	-
7.	Задание на дом. Подготовить рассказ на тему: «Что изменила болезнь в моей жизни».	5	-
	Итого	60	

Все занятия оканчиваются упражнением «Пожелание на день». Каждый из участников, прощаясь, делает какое – то доброе пожелание всей группе.

1. Представление.

Тренер представляется участникам семинара, знакомит с темой тренинга, сообщает о режиме работы.

2. Установление правил группы.

Группа устанавливает правила, в соответствии с которыми проходит дальнейшая работа семинара-тренинга.

Правила поведения в тренинговой группе:

1) Обращаться друг к другу в единой форме – на «ты» Каждый имеет право покинуть группу в любой момент.

2) Каждый имеет право на собственное мнение.

3) В дискуссиях все говорят по очереди.

4) Каждый говорит сам за себя.

5) Каждый имеет право не обсуждать свою личную жизнь, если не хочет.

6) Нельзя разглашать то, что узнал о личной жизни других участников тренинга.

3. Игра – знакомство «Имена и качества».

Цель: знакомство участников друг с другом.

Инструкция:

1. Все участники группы садятся в круг.
2. Тренер берет в руки мячик и говорит: «Меня зовут... Я делюсь с группой...» - а дальше тренер должен называть любое позитивное качество, начинающееся на первую букву имени. Пример: «Меня зовут Наталья. Я делюсь с группой надеждой»; «Меня зовут Сергей. Я делюсь с группой смелостью» и т.д.

3. После тренер передает мячик следующему участнику круга, тот также представляется, называет позитивное качество и передает мяч дальше.

4. «Предмет рассказывает о хозяине».

Цель: укрепление степени включенности участников коррекции в групповую работу.

Участникам предлагается выбрать какой-либо личный предмет (расческу, сумочку, авторучку) и от его имени представить своего хозяина и рассказать о нем что-нибудь интересное или примечательное (чем этот человек отличается от других). Первым представляется ведущий, затем ассистент, затем остальные члены группы по мере готовности. Затем желающие могут задавать вопросы (каждое представление две, три минуты).

1. Приблизительная схема представления:

2. Кто он (имя, чем занимается, основные интересы);

3. Цели, с которыми пришел на этот тренинг;

4. Чего ждет от предстоящих занятий;

5. Что может и что готов сделать на группе для достижения поставленных целей.

5. «Я надеюсь - я опасюсь».

Задачи: упражнение помогает участникам точнее сформулировать свои ожидания от предстоящего тренинга, а также способствует тому, чтобы участники максимально открыто делились своими мыслями, чувствами, опасениями и т. д.

Процедура:

1. Тренер предлагает участникам группы высказаться об их надеждах и опасениях, связанных с предстоящей коррекцией.

Например: «Я надеюсь, что наши встречи помогут мне разрешить проблему с моими близкими, я опасюсь, что тренинг будет скучным». Подписывать записки не нужно.

2. Все высказываются по очереди, и группа обсуждает, что нужно сделать для того, чтобы эти надежды оправдались, а опасения остались лишь опасениями.

6. Задание на дом.

Написать эссе по теме: «Что изменила болезнь в моей жизни».

Попросить описать социальные и психологические изменения, связанные с заболеванием.

7. Обратная связь.

Участники садятся в круг. Тренер просит каждого участника по очереди продолжить фразы: «Сегодня на занятии я узнал...», «Сегодня на занятии я почувствовал...». Каждый из участников, прощаясь, делает какое – то доброе пожелание всей группе.

Занятие №2. Тема: «Проблема туберкулеза»

Цель: формирование представления о способах заражения туберкулезом и о необходимости правильного лечения.

Задачи:

- Выявить иррациональные убеждения о заболевании туберкулезом легких.

- Повысить уровень информированности и грамотности больных по проблемам туберкулеза.

- Сформировать представление о возможных вариантах течения заболевания, необходимости придерживаться правильного лечения и социального поведения.

Форма проведения: мини-лекция с элементами ролевых игр.

Этапы занятия:

№ п/п	Название этапа	Продолжительность (мин.)	Оснащение
1	Приветствие	5	-
2	Игра «Живая диаграмма»	10	Чистые листы бумаги, маркер
3	Мини-лекция с элементами беседы «Мифы и правда о туберкулезе»	20	Раздаточный материал с кратким содержанием лекции
4	Задание на рефлекссию «Шкала времени»	10	Лист картона, маркеры 2 цветов
5	Обратная связь	10	-
6	Задание на дом. Написать эссе по теме: «Что изменила болезнь в моей жизни».	5	-
	Итого	60	

4. Игра «Живая диаграмма».

Задачи: ввести в тему занятия, выяснить степень информированности участников по данной проблеме.

Инструкция:

1. Все участники выстраиваются в линию, не касаясь друг друга, и закрывают глаза.
2. Тренер формулирует ряд утверждений. Если участник согласен с утверждением, он делает шаг вперед, если не согласен – шаг назад, если не знает ответа – остается на месте.

Утверждения могут быть, например, такими:

- Туберкулез – исчезающая болезнь.
- Заразиться туберкулезом сложно.
- Туберкулез можно легко победить современными лекарствами.
- Если в организм попала палочка Коха - человек обязательно заболеет.
- Туберкулез нельзя опознать на ранней стадии.
- Заразиться туберкулезом можно только при контакте с больным.
- Схема лечения должна быть индивидуальной, все люди разные.
- Надо начинать принимать лекарства по одному, чтобы избежать побочных действий.

3. После последнего утверждения тренер, используя листы бумаги и маркер, рисует диаграмму исходя из получившегося расположения участников. Все участники садятся в круг и переходят к обсуждению результатов игры.

5. Мини-лекция «Мифы и правда о туберкулезе».

Цель: повысить уровень информированности и грамотности больных по проблемам туберкулеза.

План и краткое содержание лекции:

1. Миф №1 «Туберкулез – исчезающая болезнь». Туберкулез был исчезающим заболеванием в 1960-80-х годах. Однако сейчас опять наблюдается его всплеск. Начиная с 1990 года в России, число больных с туберкулезом увеличилось в 2,58 раза, а число умерших от этой болезни – в 2,47 раза. Специалисты сравнивают эти показатели с послевоенной ситуацией конца 1940-х. Если же говорить о ситуации в мире, то по последним данным ВОЗ

сегодня более двух миллиардов человек инфицировано микобактериями туберкулеза. Причем каждый десятый инфицированный заболевает.

2. Миф №2 «Заразиться туберкулезом сложно». Туберкулез заразен и опасен. Он передается воздушно-капельным путем. Никто не гарантирован от «встречи» с ним – в магазине и общественном транспорте. Еще заражение возможно при поцелуе, «докурировании» чужой сигареты и даже через книги. Последнее объяснить довольно просто – бактерии туберкулеза крайне устойчивы к холоду, теплу, влаге и свету. Например, в уличной пыли они сохраняются в течение трех месяцев, и ровно столько же могут оставаться живыми на страницах книг.

3. Миф №3 «Туберкулез нельзя опознать на ранней стадии». Туберкулез вполне можно распознать на ранних стадиях. К сожалению, не все заболевшие обращают внимание на ранние симптомы туберкулеза: резкую потерю веса (на 5-10 кг), разбитость, слабость, потливость по ночам. Температура держится невысокая: 37- 37,5°C. Так как эти же симптомы свойственны и другим заболеваниям, люди не придают им значения и не обращаются к врачу.

4. Миф №4 «Заразиться туберкулезом можно только при непосредственном контакте с больным». Туберкулезом можно заразиться только от больного человека, который выделяет палочку туберкулеза, при непосредственном контакте с ним. Да, действительно, здоровый человек как правило заражается от больного и чаще воздушно-капельным путем. Но заразиться можно и от больного животного (при уходе за животным или при потреблении от больных животных мяса, молока, сметаны, масла, творога, кисломолочных продуктов). Больные туберкулезом животные выделяют микобактерии с мокротой, слюной, фекалиями, мочой, заражая пастбища. Заразиться можно где угодно - в магазине, в общественном транспорте, в гостях. Разносчиками туберкулеза могут быть мухи и тараканы. Заражение возможно при поцелуе, докуривании чужой сигареты или через книгу. Возбудитель этой опасной болезни - микобактерия туберкулеза была открыта в 1882 году немецким ученым Робертом Кохом. С тех пор она называется палочкой Коха. Микобактерии туберкулеза крайне устойчивы холоду, теплу, влаге и свету. В уличной пыли палочки Коха сохраняются в течение трех месяцев, столько же они могут оставаться живыми на страницах книг. В воде микобактерии туберкулеза сохраняются в течение 150 дней, а в молоке и молочных продуктах - 8-10 мес., в речной воде живут до 5 мес., в грунте 1 - 2 мес., в фекалиях и на пастбищах - больше 1 года. При температуре -23 градуса палочки Коха сохраняют жизнеспособность на протяжении... семи лет. Но прямые солнечные лучи убивают их при воздействии в течение 2-6 часов и при нагревании до температуры выше плюс 85 градусов микобактерии гибнут через полчаса. Палочка Коха гибнет при воздействии на нее хлорсодержащих веществ.

5. Миф №5 «Если в организм попала палочка Коха - человек обязательно заболеет». Не каждый, получивший палочку Коха, немедленно заболевает. Из 100 человек, зараженных туберкулезной палочкой, заболевает лишь 5, остальные спокойно сосуществуют с ней, их иммунная система в течение длительного времени держит туберкулезную палочку под контролем. Медики их называют "инфицированные туберкулезом". Однако, в случае ослабления защитных сил организма, дремлющая палочка Коха может начать размножаться и вызвать болезнь. Это как мина замедленного действия. Что же способствует "взрыву этой мины"?

- Качество питания. Существуют веские доказательства того, что голодание или недостаточность питания, несбалансированное питание, снижают сопротивляемость организма. Ведь повышенное потребление в пищу белков (мяса, молока, творога, яиц), животных жиров (сливочного масла) и витаминов во все времена было одним из основных методов лечения туберкулеза.

- Курение табака и употребление большого количества алкоголя, употребление в пищу продуктов, содержащих консерванты, пищевые красители, стабилизаторы значительно снижают защитные силы организма.

- Другие заболевания. Туберкулезу также подвержены ВИЧ инфицированные, больные диабетом, лейкозами.

- Стресс. Доказано, что стресс и депрессия отрицательно влияют на состояние иммунной системы. А мы все сейчас находимся в состоянии "хронического" стресса.

6. Миф №6 «Туберкулёз неизлечим». Туберкулез уже давно не является приговором. Сейчас существуют лекарства, которые способны бороться с этим заболеванием, и из-за этого уровень смертности стал намного ниже. Лечение туберкулеза длится не менее 6 месяцев и требует ответственности от больного. Но следует помнить, что наибольшей эффективности можно достичь только при своевременной диагностике заболевания (пока микроб не начал мутировать, и возникнет уже более сложная форма туберкулеза). После проведения полного курса противотуберкулезной терапии пациент ставится на диспансерный учет (минимум 2 года). Если за этот период болезнь больше себя не проявит, диагноз снимается.

7. Миф №7 «Надо начинать принимать лекарства по одному, чтобы избежать побочных действий». Все противотуберкулезные препараты имеют в той или иной мере выраженные побочные эффекты, но при регулярном приеме они могут и не возникнуть или быть минимальными. Это еще одна причина, по которой нельзя прерывать лечение. У больных, не настроенных на лечение, страдающих алкоголизмом, наркоманией, осложнения развиваются чаще, протекают тяжелее. В дальнейшем приходится прилагать больше сил для лечения пагубных привычек, чем самого туберкулеза.

6. Задание на рефлексию «Шкала времени».

Задача: помочь участникам в выработке личного отношения к проблеме туберкулеза.

Инструкция:

1. На картоне психолог рисует шкалу времени, отметив только настоящую дату в конце данной шкалы.

2. Каждый участник делает на шкале 2 метки, отмечая их примерными датами: когда он впервые услышал о проблеме туберкулеза и когда он впервые всерьез задумался о ней (т.е. интересовался способами заражения и мерами предосторожности). Метки подписываются именами участников.

3. Затем коррекционная группа приступает к дискуссии: совпадают ли у каждого участника во времени 2 метки, велик ли временной период между ними, что заставило каждого из участников заострить внимание на проблеме туберкулеза и т.д.

4. В конце игры психолог просит каждого участника по очереди выразить свое отношение к своему заболеванию.

7. Обратная связь.

Участники садятся в круг. Тренер просит каждого участника по очереди продолжить фразы: «Сегодня на занятии я узнал...», «Сегодня на занятии я почувствовал...». Каждый из участников, прощаясь, делает какое – то доброе пожелание всей группе.

Занятие №3. Тема: «Жизнь с туберкулезом»

Цель: формирование адекватного отношения к заболеванию.

Задачи:

- выявить субъективно ощутимые пациентами изменения в эмоциональной сфере на фоне заболевания;

- сформировать поведение, направленное на выявление и использование ресурсов для преодоления актуальной проблемы.

Форма проведения: работа с проективными методиками.

Этапы занятия:

№ п/п	Название этапа	Продолжительность (мин.)	Оснащение
1	Приветствие	5	-
2	Обсуждение выполнения домашнего задания	20	Лист картона, маркер
3	Выполнение упражнения «Я в мире грез или Я в реальном мире»	40	Листы А4, карандаши
4	Выполнение упражнения «Словарь чувств»	30	Лист бумаги, ручка
5	Обратная связь	5	-
	Итого	100	

1. Приветствие.

Тренер приветствует участников семинара, знакомит с очередной темой тренинга, сообщает о режиме работы.

2. Анализ выполнения домашнего задания.

Тренер, используя лист картона и маркер, заполняет таблицу, со слов участников тренинга:

Какие изменения произошли в моей жизни в связи с болезнью	Какие проявления в связи с этим стали присутствовать в моем характере
...	...

3. Выполнение упражнения «Я в мире грез или Я в реальном мире».

Задача: выявить субъективно ощутимые пациентами изменения в эмоциональной сфере на фоне заболевания.

Инструкция:

1. Психолог предлагает каждому участнику по очереди описать жизнь в мире грез и в реальном мире.

2. Затем, психолог просит каждого продолжить фразы:

1) Я чувствую...

2) Я думаю...

3) Я хочу...

4) Я боюсь...

5) Мне трудно...

6) Мне мешает...

7) Я надеюсь...

8) Я стремлюсь...

9) Мне бы хотелось ощутить...

4. Выполнение упражнения «Словарь чувств».

Задача: Отработка навыков коммуникативного поведения: коррекция эмоциональной сферы на основе отработки навыка адекватного эмоционального реагирования.

Инструкция. Мне хочется узнать, сколько слов, обозначающих различные чувства, ты можешь назвать за одну минуту. Ты будешь называть, а я считать. Теперь напиши, пожалуйста, какие чувства испытываешь (1минута). А теперь вспомни значимую для тебя ситуацию. Можешь ли ты ее описать на языке чувств? (2-3 минуты).

Вопросы для обсуждения: С кем ты говоришь о своих чувствах? О каких чувствах тебе бывает легче говорить? О каком чувстве тебе говорить труднее? Какое чувство

нравится тебе больше других? Какое, по-твоему, самое неприятное чувство? Почему важно, чтобы мы могли говорить о своих чувствах?

5. Обратная связь.

Участники садятся в круг. Тренер просит каждого участника по очереди продолжить фразы: «Сегодня на занятии я узнал(а)...», «Сегодня на занятии я почувствовал(а)...». Каждый из участников, прощаясь, делает какое – то доброе пожелание всей группе.

Занятие №4. Тема: «В наших силах»

Цель: выявление и использование ресурсов для преодоления актуальных проблем.

Задачи:

- выявить субъективно ощутимые пациентами изменения в эмоциональной сфере на фоне заболевания;

- сформировать поведение, направленное на выявление и использование ресурсов для преодоления актуальной проблемы.

Форма проведения: работа с проективными методиками.

Этапы занятия:

№ п\п	Название этапа	Продолжительность (мин.)	Оснащение
1	Приветствие	5	-
2	Выполнение упражнения «Что и кому я должен»	30	-
3	Выполнение упражнения «Была бы проблема»	30	-
4	Ролевая игра «Бункер»	30	Лист бумаги, ручка
5	Обратная связь	5	-
	Итого	120	

1. Приветствие.

Психолог приветствует участников семинара, знакомит с очередной темой тренинга, сообщает о режиме работы.

2. Выполнение упражнения «Что, когда и кому я должен».

Задача: Овладение навыками позитивного поведения.

Инструкция: Иногда мы делаем то, что от нас ждут другие, даже если мы сами и несомненно хотим это делать. Например, друг приглашает тебя пойти вместе с ним в гости. А у меня в этот день нет настроения этого делать. Надо ли мне в этом случае идти или нет? Я чувствую, что должен это сделать, ведь это же мой друг. Но в то же время я знаю, что мне самому этого не хочется. У меня были другие планы.

Я думаю, что это вам знакомо. Вспомните и опишите два-три случая, когда кто-нибудь ждал от вас того, чего вам делать не хотелось, и, несмотря на свое нежелание, вы все-таки сделали. Возможно, это было в семье или с друзьями, может быть в больнице, или в какой-то другой ситуации. Как вы при этом себя чувствовали?

А иной раз мы не делаем того, чего ждут от нас другие. Опишите два-три случая, когда вы не сделали того, чего хотели от вас другие (друзья, родители или кто-то еще) Как вы себя чувствовали в такой ситуации?

Вопросы для обсуждения: Каким людям тебе труднее всего говорить «нет»? Каким людям тебе легче всего говорить «нет»? Если ты хочешь выполнить желание другого человека, говоришь ли ты ему четкое «да»? Когда человек должен делать то, что от него ждут, а когда не должен?

3. Выполнение упражнения «Была бы проблема».

Задачи: Отработка навыков преодоления трудностей.

Один из важных ресурсов преодоления жизненных трудностей – это успешный опыт такого преодоления. «Закон накопления опыта» действует и тогда, когда речь идет о жизненных трудностях и кризисах. Чем успешнее человек справлялся с ними в прошлом, тем лучше это у него получится в будущем. Опыт преодоления трудностей есть у каждого человека. Вспомнить его, получить доступ к этому личностному ресурсу поможет упражнение, девиз которого – «Была бы проблема, а решение найдется!»

Инструкция: Удавалось ли вам когда-нибудь сделать что-то, что было для вас очень сложным? Задача была непростой, но вы все же справились с ней! Возможно, остальные не обратили внимания на то, что вы сделали что-то очень важное для себя, но сами вы были довольны, что смогли преодолеть себя и справиться с такой сложной проблемой. Вспомните пару таких случаев из твоего личного опыта и опиши их.

Вопросы для обсуждения: Когда у тебя что-нибудь хорошо получается, кому ты расскажешь об этом? По каким признакам окружающие могут заметить, что ты гордишься собой? Что тебе потребовалось, чтобы сделать то, о чем ты рассказал? Когда тебе нужно сделать что-то очень сложное, сколько попыток ты предпринимаешь? В каких случаях ты бываешь готов сделать и все бросить?

4. Ролевая игра «Бункер».

Задача: отработка умения отстаивать свои интересы, прибегая к различным способам влияния, а также навыков группового взаимодействия. Кроме того, игра побуждает участников задуматься над своими ценностными ориентирами.

Содержание. Участника дается инструкция: «Представьте себе, что на Земле разразилась ядерная война. Однако вам повезло, и в момент бомбардировки вы оказались в специальном бомбоубежище — герметичном бункере. Взрыв произошел совсем не далеко от вас, сверху все разрушено, в живых там никого не осталось и уровень радиации таков, что человек гибнет в течение нескольких минут. Однако ваш бункер уцелел, и в нем есть запасы воздуха, пищи, воды и топлива, достаточные для того, чтобы прожить целый год. Есть надежда, что за это время уровень радиации на поверхности уменьшится настолько, что можно будет покинуть бункер и начать жить, как и раньше. Однако, что происходит в других частях Земли, вы не знаете. Вполне возможно, что погибло все человечество, а значит, именно вам, выйдя через год из бункера, предстоит основать новую цивилизацию».

После этого участникам дают перечень ролей тех, кто оказался в бункере, и предлагают распределить их (лучше, если участники сделают это самостоятельно, однако если в течение 2 — 3 минут это не удастся, придется прибегнуть к жеребьевке).

Примерный перечень ролей:

1. Мальчик-подросток, 14 лет, восьмиклассница. Хорошо учится, спортивная, красивая. Но обладает неустойчивой нервной системой, и история с атомной бомбардировкой привела ее в такой шок, что она только плачет и ничего толком не может сказать.

2. Мальчик-подросток, 16 лет, десятиклассник. В школе имеет репутацию двоечника и балбеса, однако физически здоровый, сильный и ловкий, занимается легкой атлетикой.

3. Парень, 19 лет, студентка Университета физической культуры по специальности «Художественная гимнастика». Ловкая, обаятельная и привлекательная, но, кроме спортивных выступлений, делать ничего не умеет. Ждет ребенка, находится на пятом месяце беременности.

4. Парень, 21 год, студентка выпускного курса медицинского института. Однако училась она так себе, и не вполне понятно, готова ли она к тому, чтобы самостоятельно лечить людей. Увлекается шитьем.

5. Мужчина, 22 года, студент института физической культуры, мастер спорта по альпинизму. Совершенно здоров, физически очень крепкий. Имеет опыт службы в МЧС. Однако склонен к конфликтному поведению, из МЧС был уволен за драку на рабочем месте.

6. Женщина, 25 лет, психолог. Занималась исследованиями, готовилась защитить диссертацию. Имеет опыт работы школьным учителем и инструктором по туризму. Свободно владеет английским языком.

7. Мужчина, 30 лет, боевой офицер. Служил в стратегических ракетных войсках, знает, как вести себя, чтобы выжить после атомной бомбардировки, имеет хорошую физическую подготовку, занимается единоборствами. Склонен к злоупотреблению спиртным.

8. Женщина, 45 лет, агроном. Знает, как наладить производство сельскохозяйственной продукции даже в неблагоприятных условиях. Хорошо владеет химией, геологией и географией. Увлекается кулинарией, шитьем.

9. Мужчина, 47 лет, профессор, физик-ядерщик. Помимо своей специальности, компетентен в ряде других связанных с техникой областей (электроника, строительство, системы связи). В последнее время жаловался на сильные боли в области сердца.

10. Мужчина, 55 лет, академик Российской академии наук. Очень образованный человек, имеет обширные знания в области гуманитарных дисциплин (история, философия, психология) и огромный опыт преподавательской работы, написал и опубликовал несколько книг.

Если ведущий желает видоизменить или расширить данный перечень, то следует помнить, что здесь не должно быть слабых, очевидно «проигрышных» ролей. Для каждой роли следует предусмотреть какое-то качество, ценное для ситуации, обозначенной в игре. Таким «козырем» может быть молодость и здоровье, ожидание ребенка, наличие важных для выживания знаний и умений, высокая степень владения культурным и техническим наследием человечества. В то же время, чем ценнее это качество, тем важнее предусмотреть и какое-нибудь «слабое звено», уравнивающее достоинство первого (проблемы со здоровьем, склонность к алкоголизму, неуживчивый характер и т. п.).

Когда роли распределены, дается вторая часть инструкции: «Но вдруг обнаружилось, что дела в вашем бункере не так уж хороши — вы почувствовали резкую нехватку кислорода, стало тяжело дышать. Оказывается, система обеспечения воздухом в бомбоубежище рассчитана на меньшее число людей, чем в нем оказались! Значит, кем-то придется пожертвовать, иначе задохнутся и мучительно погибнут все... Выберете тех, кому придется выйти из бункера на поверхность, на верную смерть. Помните, что в бункере должны, в конечном итоге, остаться именно те, кто важнее всего для того, чтобы человечество, в вашем лице, смогло построить новую цивилизацию. Однако каждый из вас, естественно, хочет выжить сам, и добровольно предлагать свою кандидатуру на выход из бункера не станет, а наоборот, попытается доказать, что именно он важен для будущей цивилизации и достоин выжить! Однако если убедить в этом группу не удастся — он будет вынужден покинуть бункер и погибнуть. У вас в запасе 5 минут для принятия решения, потом запасы кислорода исчерпаются, и вы начнете задыхаться».

Число участников игры/Количество мест в «бункере»: 10/6

Участникам дается 5 минут на обсуждение и принятие решения. В это время ведущий может дополнительно «нагнетать обстановку» — например, выключить свет («В убежище возникли проблемы с электроснабжением»), неожиданно громко стукнуть кулаком по столу («На поверхности что-то взорвалось») и т. п. Если через 5 минут группа так и не определилась, кому следует покинуть бункер. Ведущий напоминает, что дышать становится все труднее, потому что воздух в убежище заканчивается, и дает еще полторы-две минуты на обсуждение. Если и после этого группа не пришла к консенсусу, то дискуссия останавливается, и участники, которые должны покинуть бункер, определяются путем открытого голосования.

Обсуждение: Какие эмоции и чувства возникали в ходе этой игры? Весьма вероятно, что среди них были и негативные. Чем именно они вызваны? От чего, в первую очередь, зависело то, кого участники решили оставить в бомбоубежище, а кому предложили покинуть

его? Что за способы влияния были использованы участниками (аргументация, просьба, требования, манипуляция и т. д.), какие из этих способов оказались более результативными? Каким реальным ситуациям из жизни и из спорта можно уподобить эту ролевую игру?

5. Обратная связь

Получение обратной связи от каждого участника группы коррекции. Прощание. Каждый из участников, прощаясь, делает какое – то доброе пожелание всей группе.

Занятие №5. Тема «О хорошем»

Цель: формирование адекватного отношения к заболеванию.

Задачи:

- формирование позитивного отношения к себе, к жизни, к близким.
- сформировать поведение, направленное на выявление и использование ресурсов для преодоления актуальной проблемы.

Форма проведения: работа с проективными методиками.

Этапы занятия:

№ п\п	Название этапа	Продолжительность (мин.)	Оснащение
1	Приветствие	5	-
2	Обсуждение предыдущего занятия	10	-
3	Выполнение упражнения «Благодарность себе»	15	-
4	Выполнение упражнения «Благодарность близким»	15	-
5	Выполнение упражнения «Благодарность жизни»	15	-
6	Обратная связь	5	
	Итого	60	

1. Приветствие.

2. Обсуждение основных понятий.

3. Выполнение упражнения «Благодарность себе».

Задачи: Упражнение способствует развитию позитивного мышления по отношению к себе, позитивной оценки себя.

Инструкция: Подумайте и расскажите, за что вы искренне благодарны себе.

4. Выполнение упражнения «Благодарность близким».

5. Выполнение упражнения «Благодарность жизни».

Задачи: Упражнение способствует развитию позитивного мышления по отношению к произошедшим событиям.

Инструкция: Поделитесь своими удачами и своими ошибками. Чему они вас научили?

6. Обратная связь

Получение обратной связи от каждого участника группы коррекции. Прощание. Каждый из участников, прощаясь, делает какое – то доброе пожелание всей группе.

Занятие №6. Тема «Твоя цель»

Цель: формирование адекватного отношения к заболеванию.

Задачи:

- развитие способности к постановке и достижению целей.

- сформировать поведение, направленное на выявление и использование ресурсов для преодоления актуальной проблемы.

Форма проведения: работа с проективными методиками и беседа.

Этапы занятия:

№ п/п	Название этапа	Продолжительность (мин.)	Оснащение
1	Приветствие	5	-
2	Обсуждение предыдущего занятия	5	-
3	Обсуждение темы «Цели и мечты»	15	-
4	Выполнение упражнения «Постановка цели»	15	-
5	Выполнение упражнения «Лестница достижений»	15	-
6	Обратная связь	5	-
	Итого	60	

1. Беседа на тему «Что такое цели и мечты».

Сегодня мы с вами коснемся одной из сторон нашей жизни, той стороны, которая направлена на будущее – это наши цели. Я уверена в том, что у каждого есть определенные цели в жизни. Но всегда ли мы их достигаем? Почему это происходит?

Именно сегодня мы займемся осознанием и постановкой наших целей.

Но для работы нам необходимо ближе познакомиться с такими понятиями как «цель и целеполагание». Для того, чтобы четко понять, что такое «цель», давайте разберем еще два родственных понятия – это «желание» и «мечта».

Участниками обсуждается и готовится ответить на вопрос: «Что такое желание?», «Что такое мечта», «Что такое цель?»

Мы определили, что низшей ступенью является желание, что-то сиюминутное, влечение, стремление к осуществлению чего-нибудь. Затем идет мечта, уже что-то более обособленное, глобальное, но мы необязательно предпринимаем шаги для ее осуществления. И высшее понятие – цель – предвосхищение конкретного результата, который обособлен во времени, для достижения цели мы предпринимаем конкретные действия.

Что же влияет на достижение цели? Какие факторы?

Какие причины могут помешать достижению цели: Их можно разделить на *внешние*. И *внутренние*. Какие причины могут лежать в самом человеке?

Как вы думаете, какой фактор является решающим: внутренний или внешний. Я вам даю время, а вы подумайте и составьте формулу в процентном соотношении: на сколько процентов зависит достижение цели от самого человека, а насколько от внешней среды?

2. Выполнение упражнения «Постановка цели».

Сейчас мы с вами постараемся сформулировать одну цель, над которой будем работать на протяжении всего тренинга. Подумайте, какую цель вы бы хотели достичь, желательно, чтобы ее реализация была выполнена в течение одного года.

Перед тем как ее записать, пройдемся по основным правилам постановки цели.

Правильная постановка цели – это фундамент нашего сооружения под названием «Достичь цель». Фундамент будет прочный, поэтому будет состоять из кирпичей.

Кирпич № 1. Позитивная утвердительная формулировка. Например, вместо «не хочу опаздывать» надо «хочу успевать». Ум не воспринимает негативно заявленные цели. Психологи давно заметили, что наш мозг не воспринимает частицу «Не».

Кирпич № 2. Цель должна быть конкретной, измеримой. Конкретизируйте свою цель, чтобы желаемый результат был четким, понятным не только вам, но и окружающим. Как вы узнаете, что цель достигнута? Какой конкретно результат? Как он выглядит?

Кирпич № 3. Цель должна иметь конкретный срок завершения. Мы склонны получать все и сразу. Цели с такими нереальными сроками обычно не выполняются. Срок должен быть конкретный, т.е. не «через 5 лет», а «1 марта 2018 года».

Кирпич № 4. Необходимо учесть экологичность и последствия. Какие могут быть негативные последствия для вас, если вы достигнете эту цель? Допустим, вы поставили себе цель накопить 50 тысяч к маю 2018 года. Для этого вам необходимо откладывать часть денег. Но достижение этой цели может помешать другим вашим целям, например, ограничить себя в покупке вредных напитков. Расставьте приоритеты.

Кирпич № 5. Цель согласована с ценностями и убеждениями. Цели, которые согласованы с ценностями, выполняются гораздо легче и быстрее. Можно внести изменения только в формулировку цели, и это уже будет совсем другая цель, которая выполнится гораздо эффективнее.

Кирпич № 6. Цель должна быть достижимой. Убедитесь в достижимости цели хотя бы теоретически. Если чувствуется, что цель слишком сложна, но все-таки вы ее хотите — просто поставьте срок достижения чуть больше. Либо ищите другие, реальные ресурсы, которые можно использовать для достижения цели в тот срок, который вы поставили.

А теперь, следуя этим правилам сформулируйте свою цель и запишите на листочке.

3. Выполнение упражнения «Лестница достижений».

Задача: Визуализация цели.

Инструкция: Теперь перейдем к визуализации нашей цели. Визуализировать – это представить в рисуночном, графическом варианте нашу цель на листе.

Нарисуйте лесенку, состоящую из 6 ступенек. Нижняя ступенька обозначает состояние, когда ваша цель абсолютно не достигнута. Верхняя – когда она осуществлена полностью.

Запишите 2-3 признака на первой ступеньке, обозначающих особенности ситуации, когда ваша цель не достигнута. А теперь, напишите на верхней ступеньке, 2-3 признака, по которым вы можете определить, судить, что цель достигнута полностью. Подумайте, на какой ступеньке достижений вы находитесь сейчас. Обозначьте эту позицию и запишите 2-3 ее главных характеристики. Важно записывать, не то, что вы делаете для достижения цели, а что уже конкретно сделали.

А теперь главный вопрос: что конкретно вам нужно сделать, чтобы подняться на ступеньку выше и выше? Запишите. Это будут ваши задачи для достижения цели. Когда конкретно каждый из вас сделает то, чтобы приблизиться к цели на одну ступеньку.

Помогли ли данная методика прояснить вашу цель? Увидели ли вы цель новыми глазами? А есть те, кто посмотрел на то, что нужно сделать, что вам для этого потребуется, и решил, что цель не стоит таких затрат? Есть ли желающие, кто бы хотел рассказать, какую цель они поставили и какие действия запланировали для ее достижения?

4. Выполнение упражнения «Через 2 года».

У каждого из нас есть в жизни проблемы, какие-то требуют немедленного решения, какие-то мы откладываем и лишь усугубляем. Я вам предлагаю одно упражнение, которое позволит взглянуть на нерешенные дела по-другому, шире. А также определить, что вам действительно важно.

Итак, составьте список наиболее важных дел в данный период жизни, над решение которых вы сейчас работаете (3-5 пунктов).

А теперь я вас прошу разделить на пары. Лучше, если вашей парой будет мало знакомы для вас человек.

А теперь представьте, что вы стали старше на 2 года. Подумайте об этих проблемах «задним числом», будто уже прошло 2 года.

Поделитесь друг с другом вашими соображениями на этот счет. У вас есть 2 минуты, чтобы вы ответили друг другу на вопросы. Вопросов будет три:

1. Что именно вы сможете вспомнить об этой проблеме?
2. Как она влияет на вашу жизнь теперь, по прошествии 2 лет?
3. Если бы такая проблема сейчас встала перед вами, то как бы вы стали ее решать?

Обсуждение: По-другому ли вы стали смотреть на проблемы, перенесясь на 2 года вперед? Какой вывод вы сделали после упражнения и беседы с напарником?

Итак, психологами установлено, что мы достигаем 80% успеха, затрачивая на все это 20% усилий, а оставшиеся 80% усилий обеспечивают лишь 20% достижений. Мысленный «взгляд из будущего» помогает понять, какие же наши дела относятся к наиболее важным, обеспечивающим 80% жизненного успеха.

6. Обратная связь

Получение обратной связи от каждого участника группы коррекции. Прощание. Каждый из участников, прощаясь, делает какое – то доброе пожелание всей группе.

Занятие №7. Тема «Возьми с собой»

Цель: формирование адекватного отношения к себе.

Задачи:

- формирование позитивного отношения к себе, к жизни, к близким.
- сформировать поведение, направленное на выявление и использование ресурсов для преодоления актуальной проблемы.

Форма проведения: работа с проективными методиками.

Этапы занятия:

№ п/п	Название этапа	Продолжительность (мин.)	Оснащение
1	Приветствие	5	-
2	Обсуждение предыдущего занятия	10	-
3	Выполнение упражнения «Письмо самому себе»	30	Лист бумаги, ручка
4	Обратная связь	5	-
5	«Неформальная часть»	20	-
	Итого	60	

1. Приветствие.

2. Обсуждение предыдущих встреч.

3. Выполнение упражнения «Письмо самому себе».

Задачи: Упражнение проводится в завершающей части коррекции и позволяет каждому участнику задуматься над тем, как он собирается применить полученные знания в своей повседневной жизни.

Все участники сидят в общем кругу.

Инструкция: «Сейчас вам нужно написать письмо самому себе, которое вы получите через 2 месяца, причем написать тому человеку, который применил навыки, полученные на наших встречах, и добился определенных результатов. Может быть, есть какие-то вопросы, которые вы хотите задать? Вы можете порадоваться за этого человека или выразить понимание в связи с трудностями, которые он мог встретить на своем пути, и т. д.».

Можно предложить участникам фразы, которые они могут использовать, например, «Я надеюсь, что ты успел...», «Я думаю, что у тебя получилось...», попросить перечислить и описать конкретные шаги, которые были сделаны к этому моменту, что именно они стали делать по-другому и что изменилось благодаря этому.

После того как письма написаны, они запечатываются в конверты, на которых каждый участник пишет свой реальный адрес.

Тренер собирает все запечатанные конверты и через 3 месяца отправляет их адресатам.

Обсуждение не требуется. Можно попросить участников по желанию поделиться теми изменениями, которые они запланировали и описали в письмах.

4. Обратная связь.

Сегодня наше последнее занятие. Я хочу услышать мнение каждого из Вас о наших встречах. Что вызвало положительные эмоции? Что вызвало негативные эмоции? Что было самым полезным? Что было самым сложным? Что узнали нового о себе? Что запомнилось больше всего?

Что дал тренинг? Над чем стали задумываться? Какие важные решения для себя приняли? Какие перспективы на будущее? Какие чувства сейчас? После дискуссии ведущий имеет заключительное слово. Каждый из участников, прощаясь, делает какое – то доброе пожелание всей группе.

5. «Неформальная часть».

Группа объявляется завершённой. После закрытия группы - чаепитие.

Значение критерия Т- Вилкоксона при сравнении показателей в
экспериментальной группе до и после воздействия

Статистические критерии					
Изучаемый показатель	Общий уровень комплаентности	Социальная комплаентность	Эмоциональная комплаентность	Поведенческая комплаентность	Соматизация
Z	-2,807b	-2,810b	-2,812b	-2,821b	-2,803c
Асимптот-я значимость (2-сторонняя)	,005	,005	,005	,005	,005
Изучаемый показатель	Обсессивность-компульсивность	Межличностная тревожность	Депрессивность	Тревожность	Враждебность
Z	-2,803b	-2,807c	-2,703b	-2,805c	-2,805c
Асимптот-я значимость (2-сторонняя)	,005	,005	,007	,005	,005
Изучаемый показатель	Фобии	Паранойяльность	Психотизм	Цели	Процесс
Z	-2,703b	-2,807b	-2,397c	-2,680b	-2,829b
Асимптот-я значимость (2-сторонняя)	,007	,005	,017	,007	,005
Изучаемый показатель	Результат	Локус контроля-Я	Локус контроля-Жизнь	Общий показатель ОЖ	
Z	-2,812b	-2,823b	-2,823b	-2,812b	
Асимптот-я значимость (2-сторонняя)	,005	,005	,005	,005	

- а. Критерий знаковых рангов Вилкоксона
 б. На основе отрицательных рангов.
 с. На основе положительных рангов.