

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

Факультет социальных наук
Кафедра психологии и педагогики
Специальность 37.05.01 – Клиническая психология
Специализация Клинико-психологическая помощь ребенку и семье

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ
Зав. кафедрой
_____ А.В. Лейфа
«__» _____ 2018 г.

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

на тему: Особенности интеллектуального компонента внутренней картины
болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями

Исполнитель
студент группы 266-ос

А.С. Уксусова

Руководитель
профессор, д.псих.н.

М.Г. Селюч

Нормоконтроль

В.С. Клемес

Рецензент

О.Ю. Пронькина

Благовещенск 2018

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

Факультет социальных наук
Кафедра психологии и педагогики

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ
Зав. кафедрой

_____ А.В. Лейфа
« _____ » _____ 2017 г.

ЗАДАНИЕ

К дипломной работе студента УКСУСОВОЙ АНАСТАСИИ СЕРГЕЕВНЫ

1. Тема дипломной работы: ОСОБЕННОСТИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

(утверждено приказом от _____ № _____)

2. Срок сдачи студентом законченной работы _____

3. Исходные данные к дипломной работе: изучением внутренней картины болезни, а также выделением ее компонентов занимались Р.А. Лурья, Т.Н. Резникова, В.М. Смирнов, В.В. Николаева, А.Ш. Тхостов, Г.А. Арина, А.Е. Личко, Н.Я. Иванов и другие.

Немаловажный вклад в развитие понимания и изучения хронических болезней внесли С.П. Боткин, В.В. Пашутин, И.П. Павлов, Г. Селье и другие.

Изучением влияния психики на возникновение и развитие соматических заболеваний занимались Ф. Александер, С. Джелифф, Ф. Данбар, З. Фрейд, а также П.К. Анохин, Ю.М. Губачев, К.В. Судаков, И.Т. Курцин и другие.

Вопросами исследования и изучения подросткового возраста задавались такие авторы как Л.С. Выготский, Н.А. Рыбников, В.Е. Смирнов, И.А. Арямов, Э. Эриксон, Ж. Пиаже, Д.Б. Эльконин, А.Н. Леонтьев и другие.

4. Содержание дипломной работы (перечень подлежащих разработке вопросов):

1) проанализировать литературу по вопросу изучения внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями;

2) исследовать интеллектуальный компонент внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями;

3) выявить особенности интеллектуального компонента внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями;

4) разработать программу психологической коррекции интеллектуального компонента внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями.

5. Перечень материалов приложения (наличие чертежей, таблиц, графиков, схем, программных продуктов, иллюстративного материала и т.п.). Дипломная работа содержит 75 страниц печатного текста, 62 источника, 5 рисунков, 4 таблицы, 6 приложений.

6. Дата выдачи задания _____

Руководитель дипломной работы: Селюч Марина Григорьевна, профессор, доктор психологических наук.

Задание принял к исполнению _____

(подпись студента)

РЕФЕРАТ

Дипломная работа содержит 77 страниц печатного текста, 62 источника, 5 рисунков, 4 таблицы, 6 приложений.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ, ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ

В первой главе рассматриваются теоретические основы заявленной темы, а именно: понятие внутренней картины болезни, ее компонентов, понятие и классификации психосоматических и хронических соматических заболеваний, а также особенности подросткового возраста.

Во второй главе описывается исследование интеллектуального компонента внутренней картины подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями, организация и методы исследования, анализ и интерпретация полученных данных.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6
1 Теоретические основы изучения особенностей внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями	9
1.1 Понятие внутренней картины болезни в психологии	9
1.2 Особенности внутренней картины болезни при психосоматических заболеваниях	19
1.3 Психологические особенности подростков с психосоматическими заболеваниями	29
2 Исследование и коррекция интеллектуального компонента внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями	41
2.1 Организация и методы исследования	41
2.2 Программа коррекции интеллектуального компонента внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями	49
2.3 Анализ и интерпретация результатов исследования	52
Заключение	68
Библиографический список	70
Приложение А Методика «Тип отношения к болезни» (Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б.)	78
Приложение Б Методика «Индекс жизненного стиля» (Плутчик Р., соавт. Келлерман Г., Конт Х.Р.)	83
Приложение В Методика «Диагностика иррациональных установок» (Элис А.)	86
Приложение Г Сводные таблицы данных	89
Приложение Д Расчёт U-критерия Манна-Уитни	95
Приложение Е Коррекционная программа «Отношение к болезни»	120

ВВЕДЕНИЕ

Многие известные психологи и врачи занимались и занимаются исследованием вопросов субъективного переживания человеком хронических заболеваний. Сложность процесса формирования внутренней картины болезни создает определенные трудности в ее исследовании в полной мере.

На процесс формирования человеком представлений о своём заболевании влияет множество разнообразных факторов, основными из которых являются обращение в медицинское учреждение, обследование организма, осознание происходящих изменений в ощущениях, прошлые заболевания, формирование определённого отношения к болезни и процессу ее лечения. Немаловажное значение в этой связи имеет имеющаяся информация о болезни. Во время возникновения заболевания происходят изменения психики больного, связанные с работой психических механизмов. В итоге у пациентов складывается субъективное представление о своей болезни.

Многие авторы занимались изучением внутренней картины болезни, а также выделением ее компонентов. Среди них можно выделить Р.А. Лурия, Т.Н. Резникову, В.М. Смирнова, В.В. Николаеву, А.Ш. Тхостова, Г.А. Арину, Г. Левинталя, А.Е. Личко, Н.Я. Иванова и многих других.

Большинство работ по изучению формирования субъективного переживания заболевания посвящено исследованию внутренней картины болезни взрослых пациентов, у которых уже сформировано определенное отношение к заболеванию. Данное же исследование посвящено рассмотрению внутренней картины болезни подростков 12-15 лет, в этом возрасте она еще недостаточно устойчива, причины и последствия заболевания только начинают полностью осознаваться, как у недавно заболевших детей, так и у болеющих давно.

Немаловажным аспектом выступает необходимость помощи подрост-

кам в формировании рациональной картины болезни. Изменение взгляда на свое заболевание психологическими техниками позволяет улучшить состояние, избежать рецидивов болезни, облегчить неприятные ощущения, а также снять тревожные переживания. Попытка понять феномен внутренней картины болезни осуществляется не только в области медицины и психологии, но еще и становится основным объектом понимания и анализа личностных проблем пациента. В этой связи немаловажный вклад в развитие понимания и изучения хронических болезней внесли работы С.П. Боткина, В.В. Пашутина, И.П. Павлова, А.А. Остроумова, Г. Селье и многих других.

Вместе с тем, немаловажным является определение природы заболевания, ведь не все они являются чисто соматическими. Изучению влияния психики на возникновение и развитие соматических заболеваний посвящено множество трудов, авторы различных направлений и школ занимались исследованиями психосоматических заболеваний. Среди таковых можно выделить Ф. Александера, С. Джelifфа, Ф. Данбара, З. Фрейда, а также отечественных П.К. Анохина, Ю.М. Губачева, К.В. Судакова, И.Т. Курцина и многих других.

Выявление содержания компонентов внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями внесет определенный вклад в развитие общих представлений о формировании самосознания больных с соматическими патологиями. Многие из тех, кто изучал особенности реакции личности на заболевание, подчеркивали влияние возраста на ее формирование. Вопросами исследования и изучения подросткового возраста, как важного периода жизни любого человека, задавались такие авторы как Л.С. Выготский, Н.А. Рыбников, В.Е. Смирнов, И.А. Арямов, Э. Эриксон, Ж. Пиаже, Д.Б. Эльконин, А.Н. Леонтьев и другие. Однако эта проблема во многом остается малоизученной и, согласно идеям В.В. Николаевой, малоисследованным остается возрастной компонент субъективного переживания болезни.

Объект исследования: внутренняя картина болезни.

Предмет исследования: особенности интеллектуального компонента внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями.

Цель исследования: изучение особенностей интеллектуального компонента внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями.

Задачи исследования:

5) проанализировать литературу по вопросу изучения внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями;

6) исследовать интеллектуальный компонент внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями;

7) выявить особенности интеллектуального компонента внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями;

8) разработать программу психологической коррекции интеллектуального компонента внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями.

Гипотеза исследования: интеллектуальный компонент внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями, имеет особенности.

Методы исследования: анализ литературы, тестирование, методы математической статистики.

База исследования: ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница», г. Благовещенск.

Выборка: 60 пациентов больницы в возрасте 12-15 лет.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

1.1 Понятие внутренней картины болезни в психологии

Понятие внутренней картины болезни было введено Р.А. Лурия в 1935 году. На сегодняшний день существует множество разнообразных определений внутренней картины болезни. Каждый автор придает свои особенности и тонкости термину, но основная суть все же остается неизменной.

Внутренняя картина болезни – совокупность представлений человека о своём заболевании, результат творческой активности, которую проделывает пациент на пути осознания своей болезни [9, с. 24]. По сути, это отражение в психике больного своей болезни [6, с. 15].

Внутренняя картина заболевания – это сугубо индивидуальная система ощущений, эмоциональных переживаний и мыслей (суждений), определяющих отношение пациента к нарушению здоровья и связанное с ним поведение [10, с. 26].

Так же необходимо отметить, что внутренняя картина болезни рассматривается как основной комплекс вторичных симптомов заболевания, психологических по своей природе, которые положительно или отрицательно влияют на течение болезни, препятствуют или способствуют успешности лечения и реабилитации [44, с. 35].

Р.А. Лурия, между тем, отмечает, что внутренняя картина болезни включает в себя «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, – весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [29, с. 37]. В дальнейшем именно это определение будет ис-

пользовано как базовое, так как оно является наиболее полным и содержательным.

Кроме того Р.А. Лурия определял:

а) внешнюю картину болезни, имея в виду непосредственно те данные, которые врач может получить с помощью специального объективного исследования, это фиксируемая и описываемая информация о болезни;

б) внутреннюю картину болезни, то есть эмоциональные переживания пациента по поводу заболевания, всю совокупность ощущений, чувств и общее физическое и психическое самочувствие, а также все представления больного о причинах болезни [29, с. 58].

Феномен «субъективной картины болезни» был описан впервые врачом А. Гольшейдер, он назвал его «аутопластическая картина болезни». В то же время, в течение XX века возникло большое количество разнообразных терминов, предложенных авторами из разных стран, школ и направлений: «переживание болезни»; «реакция адаптации»; «позиция к болезни»; «отношение к болезни»; «сознание болезни»; «аутогенное представление о болезни». Все эти термины отражали ту или иную сторону явления, однако наиболее полным и интегративным среди этих определений является концепция «внутренней картины болезни» [10, с. 20].

Такое великое множество характеристик одного явления объясняется неоднозначностью и разнообразием ощущений и эмоций пациента, которые искусно описывает К.А. Скворцов, отмечая, что человек «держится выше болезни, борется с ней, не обращает на нее внимания – диссимулирует, считает ее позором; полностью покоряется болезни, становится ее рабом и слугою, боится болезни, привыкает к ней, трагически переживает. Больной иногда переоценивает симптомы, оживляет старые следы уже перенесенной болезни, задерживается на том или ином признаке болезни и т.д.» [22, с. 43].

Как отмечают А.Ш. Тхостов, Е.И. Рассказова и И.В. Плужников, содержание и динамика внутренней картины заболевания выявляет свою специфичность в соответствии с той или иной болезнью, а также является дина-

мичной структурой и изменяет свое содержание в зависимости от различий пола, возраста, тяжести протекания заболевания или её длительности, прогнозов, связанных с болезнью и ее лечением, таких характеристик личности как, например, система ценностей и мотивов и т.д. Влияние психологического компонента в самом начале развития болезни особенно велико, это связано с тем, что на данной стадии активность познавательного компонента больного начинает осуществляться с учетом личностных свойств [12, с. 35].

На более поздних сроках длительно протекающей болезни значение фактора личности снижается, внутренняя картина болезни может стать как опорой для больного, так и дополнительным пусковым механизмом в формировании личностных патологий. Так или иначе, содержание внутренней картины заболевания может провоцировать психогенные расстройства или быть провокатором дополнительных болезненных ощущений [14, с. 12].

Врач, способный учитывать содержание внутренней картины болезни пациента, имеет возможность полноценно понять этиологию, патогенез той или иной болезни и скорректировать процесс лечения и реабилитации с учетом особенностей личности больного. Этот процесс, как правило, включает субъективную оценку болезни и здоровья, что влияет на формирование представления пациента о своём благополучии в ходе протекания болезни.

Немаловажным является то, что внутренняя картина болезни и внешняя, которую формулирует врач, зачастую могут отличаться. По мнению лечащего врача, идеи пациента могут представляться иррациональными, то есть не соответствовать принятой в медицине модели болезни. Поэтому очень важно уметь выявлять и распознавать представления больного о болезни, его суждения и догадки относительно развития и лечения заболевания.

В связи с этим, развитием теоретического осмысления психологических аспектов внутренней картины болезни занималось множество авторов (Лурья Р.А., Резникова Т.Н., Смирнов В.М., Николаева В.В., Тхостов А.Ш., Арина Г.А., Левенталь Г., Личко А.Е., Иванов Н.Я. и др.), каждый из которых стремился максимально полно описать феномен субъективного переживания

болезни. Основной идеей развития теоретической базы внутренней картины болезни являлась необходимость раздробить это понятие на составляющие, на определенные компоненты, каждый из которых отвечал бы за наполненность, содержательность понятия. В соответствии с этим, стало разрабатываться множество разнообразных моделей внутренней картины болезни.

Так, Р.А. Лурия в работе «Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания» отразил свое представление о структуре внутренней картины болезни как состоящей из двух компонентов:

а) сенситивный компонент – включает в себя те ощущения, которые проистекают из конкретного заболевания или патологического изменения соматического состояния больного и которые переживает сам субъект;

б) интеллектуальный компонент – создается на основе размышления пациента о своем заболевании, ощущениях и состоянии, часто бывает так, что данные представления не имеют объективной соматической базы. Данный компонент является надстройкой над сенситивным уровнем [58, с. 45].

Интеллектуальный компонент внутренней картины болезни формируется из мыслительной переработки той информации, которую больной получает как извне, так и на уровне собственного опыта. Содержанием интеллектуального компонента могут быть различные категории, такие как защитные механизмы личности, иррациональные установки, а также все то, что, так или иначе, влияет на рациональность мышления в отношении собственного заболевания.

Согласно рационально-эмотивной терапии А. Эллиса, расстройства в эмоциональной сфере являются результатом нарушений в когнитивной сфере, то есть то, как человек думает, непосредственным образом влияет на то, что он чувствует и как ведет себя в соответствии с этим [67, с. 20]. Следовательно, два компонента внутренней картины болезни взаимодействуют и оказывают влияние друг на друга, что и способствует формированию определенного типа отношения к болезни. Данная модель структуры внутренней картины болезни взята за основу в этой работе, непосредственно акцентируя

внимание на важности разделения ее на компоненты, каждый из которых по-своему влияет на формирование типа переживания болезни.

Существует также множество других моделей и теорий структуры внутренней картины болезни. Например, в информационно-кибернетической модели субъективного переживания заболевания, представленной Т.Н. Резниковой и В.М. Смирновым, основной категорией является «церебральное информационное поле болезни» (выступает оно в форме чувственной ткани, сенситивности, а также культуральных убеждений относительно болезни и собственного опыта). Оно дает ресурс для формирования «психологического информационного поля болезни» (для примера можно обозначить его чувственной тканью). Фундаментом для оценки в данном случае выступает собственная «схема тела». Внутренняя картина заболевания предполагается как элемент самосознания, формирующийся в результате самопознания конкретного индивида [13, с. 65].

Согласно идеям данных авторов, через «модель болезни», «модель результатов», «модель ожидаемых результатов лечения», «модель полученных результатов лечения», как составляющих «психологического поля болезни», происходит формирование субъективного переживания болезни, которое бывает «адекватным» и «неадекватным». Эта модель также отмечает важность влияния личностных факторов в становлении определенного отношения к собственному заболеванию, а именно потребностей и эмоционального опыта.

Другая концепция, предложенная В.В. Николаевой, заключается в выделении четырех компонентов внутренней картины болезни:

а) сенсорный – сочетание всех ощущений человека, основной материал жалоб пациента, которые он описывает врачу. Данный компонент включает в себя непосредственно телесные ощущения и их эмоциональный тон, отображается в виде телесного самочувствия, связанного с неприятными характеристиками;

б) эмоциональный – реакция на заболевание в контексте эмоционального реагирования;

в) рациональный, или интеллектуальный – информация о заболевании, которой обладает пациент, выраженная в знаниях и представлениях, личном опыте переживания болезни и ожидаемых результатах лечения;

г) мотивационный – выражен в особом отношении больного к своей болезни, связанном с изменением образа жизни и поведения человека в связи с болезнью, а также активацией деятельности по восстановлению и поддержанию здоровья [54, с. 172].

В концепции внутренней картины болезни А.Ш. Тхостова, Г.А. Ариной процесс формирования данного феномена изучается как форма познавательной активности, данное положение как относит обозначение феномена к изученным в общей психологии представлениям об этом процессе, так и снижает разрозненность между интеллектуальным и эмоциональным компонентом. Модель субъективного переживания болезни в данном случае предъясвляется как интегрированное образование, базис которого создается взаимодействием чувственной ткани, первичного и вторичного значения, личностного смысла [58, с. 268].

Согласно этой концепции, в формировании субъективного переживания болезни выделяются несколько этапов:

а) появление чувственной ткани, что проявляется в неопределенном характере телесных ощущений без четкой локализации. Чувственная ткань представляется как основа построения образа болезни;

б) этап первичного означения чувственной ткани – этап, при котором происходит опосредование качества телесного переживания, в результате которого приобретает определенность, конкретность ощущений, появляется возможность осознания. В результате появляется соматоперцептивный образ, который может определять изменение интенсивности чувственной ткани;

в) этап вторичного означения характеризуется определением телесных проявлений системой культурных представлений о болезни, стереотипов. В результате меняется качество ощущений, телесные проявления становятся симптомами болезни. На этом этапе рождается концепция болезни;

г) порождение личностного смысла болезни определяет индивидуальное качество восприятия болезни и заключается в том, что образ болезни связывается с центральными смыслами, стержневыми мотивами и ценностями личности [25, с. 27].

То есть авторами было предложено рассматривать внутреннюю картину болезни как сложное отношение уровней психического отражения: чувственного, эмоционального, интеллектуального и мотивационного (или уровня личностных смыслов).

Еще одна модель понимания внутренней картины болезни – это модель житейского смысла Г. Левенталя. Он считает, что пациент формирует понимание своего состояния на основании приобретенного культурного опыта относительно данной болезни, реакции ближайшего окружения (в том числе и врача) и собственного опыта, для того, чтобы осмыслить болезнь. Процессы интерпретации и оценки своих переживаний, симптомов и их изменений представляют собой процессы саморегуляции и проходят для выбора эффективных копинг-стратегий. Объектом саморегуляции здесь выступают эмоции, ощущения, симптомы, настроение, которые проявляются на уровне эмоций и представлений. В ответ на каждый уровень представления объекта предлагаются репрезентации и копинг-стратегии, процессы которых могут конкурировать между собой [34, с. 20].

Существует также множество теорий, призванных классифицировать и определять различные реакции на болезнь. Такие концепции развивают представление о сознании болезни, связывают факторы, относящиеся к «гнозису болезни» (ощущения, знания о болезни, личный опыт) и отношению к болезни (личностные особенности, специфика заболевания и социальной среды и прочее). Так, Л.Л. Рохлин, в зависимости от особенностей личности больного, выделяет пять типов отношения к болезни: астено-депрессивный, психастенический, ипохондрический, истерический и эйфорически-анозогнозический [56, с. 29]. Н.И. Рейнвальд предлагает классификацию по уровням активности личности в ее противодействии заболеванию или его

усугублению: варианты отношения к болезни разделяются на пассивно-страдательное, активно-положительное, или «уход в болезнь», отрицание наличия заболевания, спокойно-выжидательное отношение, активное противодействие развивающемуся недугу [43, с. 12].

Одной из самых полных и распространенных классификаций является типология реакций на болезнь, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым. Она построена на предположении влияния таких факторов, как природа заболевания, отношение к болезни и тип личности [15, с. 26]. В структуре данной типологии выделяются два блока. Первый из них – блок типов отношений, не предполагающих нарушение адаптации:

а) гармоничный тип реагирования означает отсутствие переоценки и недооценки тяжести заболевания, активное содействие рекомендациям врача по лечению и их исполнению, гибкость в изменении интересов в сторону доступных, забота об окружающих в случае неблагоприятного исхода;

б) эргопатический тип предполагает увеличение количества рабочих часов, «уход в работу»;

в) анозогнозический тип реагирования состоит в активном отрицании тяжести и прогноза болезни, приписывании причин случайным обстоятельствам, отказе от лечения.

Второй блок отражает типы реагирования на болезнь, для которых характерно наличие психической дезадаптации:

а) тревожный тип реагирования характеризуется мнительным беспокойством относительно течения и прогноза болезни, это подталкивает таких пациентов к постоянному поиску новой информации о болезни, новых методов лечения, результатов обследования, авторитетного мнения;

б) ипохондрический тип реагирования предполагает ориентацию на собственные ощущения, имеющие болезненное или неприятное качество, а также их преувеличенное значение. Для пациентов с таким типом реагирования характерно амбивалентное сочетание упорного стремления лечиться и опасения получить вред от процесса лечения;

в) неврастенический тип реагирования предполагает непереносимость боли, реагирование по типу «раздражительной слабости», когда гнев, вызванный недомоганием, сменяется раскаянием и слезами;

г) меланхолический тип реагирования характеризуется пессимистическим видением прогнозов и их активной трансляции, несмотря на объективные данные, опровергающие данную точку зрения;

д) эйфорический тип реагирования предполагает необоснованно повышенное настроение, которое создает ощущение искусственного, чрезмерно легкомысленного отношения к болезни;

е) апатический тип реагирования – особое безразличное отношение пациентов к своему состоянию здоровья, резко суженный круг их интересов;

ж) обсессивно-фобический тип предполагает фиксацию на крайностях, маловероятных вариантах негативного течения болезни, лечения и исхода, а также активным привлечением ритуалов к защите от возникающей тревоги;

з) сенситивный тип реагирования характеризуется страхами неприятия, связанными с болезнью;

и) эгоцентрический тип занят привлечением к себе максимального количества внимания выставлением тяжести и сложности переживания болезни как особого права на исключительную заботу;

к) паранойяльный тип характеризуется стремлением объяснить болезнь и неприятные переживания, связанные с лечением, результатом чьего-либо злобного умысла;

л) дисфорический тип представляет собой тоскливо-озлобленное настроение [27, с. 28].

Данная типология является наиболее полной и подробной, на ее основе создан опросник «Тип отношения к болезни», поэтому она является базовой для данного исследования.

В качестве альтернативной версии А.Б. Смулевич предлагает «нозогении», или психогенные реакции, которые возникают в ответ на психотравмирующие влияния соматического заболевания, как одну из четырех групп со-

стояний, которые можно отнести к психосоматическим расстройствам. Им выделяются психологические, конституциональные, биологические и социальные факторы возникновения психогенных реакций. В психологическом плане первостепенную роль играет отношение к болезни, которое предполагает наличие двух полярностей: переоценки болезни, или гипернозогнозии, и недооценки болезни, или гипонозогнозии [33, с. 45].

В соответствии с типологией А.Б. Смулевича рассматриваются три группы синдромов нозогений:

а) невротические, представленные гипернозогнозией и гипонозогнозией. Гипернозогнозии предполагают навязчивости и истероипохондрию, что выражается в демонстративности, развернутых жалобах и сопутствующих конверсионных расстройствах. Гипонозогнозия проявляется как диссоциация соматизированной тревоги и небрежного отношения к лечению;

б) аффективные синдромы также представлены в двух вариантах. Гипернозогнозия проявляется как синдром ипохондрической депрессии. Гипонозогнозия представлена как синдром «эйфорической псевдодеменции»;

в) патохарактерологические синдромы. Гипернозогнозия характеризуется проявлением сверхценных идей (ипохондрия здоровья), наряду с которым выделяется синдром «патологического отрицания болезни» [33, с. 48].

Разнообразие теорий и идей, посвященных изучению внутренней картины болезни несомненно позволяет лучше разобраться в этом сложном феномене. Но даже при таком множестве вариантов и предположений особенности формирования внутренней картины болезни остаются недостаточно понятны и изучены.

Таким образом, изучение внутренней картины болезни позволяет в значительной степени рассмотреть весь сложный процесс самопознания заболевшего человека, выявить те средства, которые использует человек для осуществления этого познавательного процесса. В то же время изучение внутренней картины болезни открывает возможность понимания особых способов, приемов преодоления, овладения собственным поведением, ис-

пользуемых человеком в сложной жизненной ситуации. Тем самым анализ внутренней картины болезни открывает возможность проникновения в компенсаторный потенциал личности.

1.2 Особенности внутренней картины болезни при психосоматических заболеваниях

Любая хроническая болезнь, независимо от того, какова ее биологическая природа, ставит человека в психологически особые жизненные условия. Болезнь является событием в жизни, способным изменить ее течение, заставить человека по-новому взглянуть на собственную жизнь, ее смысл, себя самого. Она может вызвать чувство утраты, вины, а, следовательно, особую остроту переживания ценности и субъективной прелести жизни. Если для врача болезнь выступает, прежде всего, в качестве страдания тела, то для психолога она, главным образом, выступает как страдание души.

В самом общем определении, хроническое заболевание – длительное заболевание, которое поддается контролю, но полностью не исцеляется. Понятие «хронический» обычно используется для обозначения заболеваний, длящихся более трех месяцев [44, с. 12]. Психосоматические заболевания так же являются хроническими, так как для определения его таковым требуется длительное сохранение симптомов.

Хронические заболевания могут начаться в любое время жизни. Некоторые из таких заболеваний относятся к числу очевидных ограничений возможностей здоровья, другие порождают «невидимые» ограничения, которые не легко распознать. Члены семьи и другие люди, помогающие больным, также сталкиваются с разнообразными сложностями, связанными с заболеванием и его переживанием.

Хронические заболевания имеют различные симптомы, лечение и течение. Некоторые могут представлять угрозу жизни, и по мере их развития качество жизни человека и его функциональные способности ухудшаются. Другие заболевания, несмотря на постоянство, причиняют меньше вреда и хорошо поддаются лечению [46, с. 32].

Жизнь хронического больного – это не только борьба с физическими ограничениями здоровья. Болезнь может провоцировать сложности в учебе, отношениях и эмоциональной сфере. Больные люди могут испытывать одиночество, отчуждение, смущение, страх и беспокойство из-за зависимости от других. На то, чтобы приспособиться к обстоятельствам затяжной сковывающей болезни и принять их, часто уходит немало времени, и происходит это не без участия квалифицированного психолога [37, с. 8].

В таком случае самые разные хронические заболевания могут выступать для человека как психологически однообразные, создавая одинаковые жизненные обстоятельства, типичные ситуации. Этот факт нашел свое отражение в клинической феноменологии личности соматических больных, а также в многочисленных попытках анализа личностно-средовых взаимодействий, био-социо-психологических соотношений и т.д. [28, с. 115].

При лечении соматических заболеваний современная медицина все чаще обращается к психологической науке, что позволяет найти не следствие, а причину заболевания. Современная медицина гласит о существовании некоторых первичных причин возникновения соматических патологий:

а) генетическая предрасположенность;

б) пережитый стресс и психотравмы (детский и взрослый психотравматический опыт, катастрофы, боевые действия, терроризм, смерть близкого человека и т.д.);

в) внутренний конфликт с самим собой (депрессия, не выраженные страх, гнев, обида, чувство вины и ненависть по отношению к себе и т.д.).

Соматические заболевания, обусловленные психогенными факторами, называют «психосоматическими расстройствами». Впрочем, в медицине человека исследуется также и влияние соматических болезней на психику.

Симптомы психосоматических расстройств различают по патогенезу, смыслу симптома и по функциональной структуре психосоматической связи, которая находит отражение в психосоматическом расстройстве. Психосоматические расстройства можно разделить на несколько групп [32, с. 318]:

а) конверсионные симптомы. Человек бессознательно начинает демонстрировать болезненные симптомы, которых объективно нет. Это часто наблюдается тогда, когда невротический конфликт получает вторичный соматический ответ в виде демонстрации симптомов как попытки решения социального конфликта. Конверсионные проявления затрагивают произвольную моторику и органы чувств (например, истерический паралич, парестезии («ползание мурашек»), психогенная слепота и глухота, психогенная рвота, болевые феномены);

б) функциональные синдромы. Речь идет о функциональном нарушении отдельных органов или систем. Какие-либо патофизиологические изменения в органах не обнаруживаются. У больного наблюдается пестрая картина неопределенных жалоб, которые могут затрагивать сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания и мочеполовую систему (например, парестезии, ком в горле, неприятные ощущения в области сердца, нейроциркуляторную дистонию, функциональные расстройства желудка, пароксизмальные нарушения сердечного ритма различного генеза и т. д.). Все это сопровождается внутренним беспокойством, депрессивными проявлениями, симптомами страха, нарушением сна, снижением сосредоточенности и психическим утомлением;

в) психосоматозы. Психосоматические болезни в более узком смысле. В их основе лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, сопровождающаяся изменениями и патологическими нарушениями в органах, причем соответствующая предрасположенность может влиять на выбор поражаемого органа или системы. Исторически к этой группе относят классические психосоматические заболевания («святая семерка») – бронхиальную астму, нейродермит, язвенный колит, эссенциальную гипертензию, ревматоидный артрит, язвенную болезнь желудка и язву двенадцатиперстной кишки. В настоящее время к этим заболеваниям еще относят – ишемическую болезнь сердца, психосоматический тиреотоксикоз, сахарный диабет второго типа, ожирение и соматоформные расстройства поведения.

Среди множества различных хронических заболеваний можно выделить несколько, которые являются наиболее распространенными, а также обладают не только физическими соматическими симптомами и предпосылками, но и психологическими, внутренними, бессознательными проявлениями и причинами. К таким заболеваниям можно отнести болезни органов пищеварения (K00-K93), болезни системы кровообращения (I00-I99), болезни органов дыхания (J00-J18) [31, с. 58]. На них остановимся более подробно.

Важное место в жизнедеятельности организма занимают органы пищеварения. К органам пищеварения относятся: желудок, кишечник, пищевод, ротовая полость. Все эти органы задействованы в системе пищеварения для обработки пищи, извлечения и усвоения полезных веществ, для формирования отходов, синтеза ферментов и гормонов [16, с. 37].

Функции органов желудочно-кишечного тракта тесно взаимосвязаны с окружающей средой. Эмоциональное состояние человека влияет на отношения с другими людьми и физиологию организма. Проблематика расстройств органов пищеварения человека относится как к области медицины, так и к области психологии. Характер, сила мысли, убежденность, взгляды на жизнь, способность достойно преодолевать проблемы существенно влияют на здоровье человека и его способность справляться с трудностями [22, с. 19].

Согласно Л.В. Яковлевой, органы пищеварения олицетворяют собой способность организма качественно воспринимать и «переваривать» информацию окружающей среды. Своевременное избавление от ненужных данных позволяет сформировать основу для прочного и долговечного здоровья [26, с. 30].

Необходимо также отметить, что одними из самых частых причин смертности в экономически развитых странах являются заболевания сердца и сосудов. В последние годы кардиологи все большее значение придают психосоциальным факторам риска и их связи с соматическими факторами. Как считают такие современные авторы как С.В. Вершинина, А.А. Парфенова, Ж.А. Валеева, образ жизни, установки личности и положение человека в его

профессиональном и семейном окружении важны для кровообращения и его физиологической регуляции.

Психосоматический компонент в первую очередь характерен для следующих заболеваний сердечно-сосудистой системы: эссенциальная артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, нарушения сердечного ритма, сердечный невроз страха [29, с. 18].

Сердце и сосуды участвуют во всех формах жизнедеятельности, однако в норме человек этого не осознает. При физических и психических нагрузках работа сердца начинает восприниматься в виде усиленного сердцебиения или тахикардии. В отличие от моторики или дыхания, деятельность сердца и сосудов исключена из непосредственного человеческого восприятия. И только при определенных пограничных состояниях и нарушениях сердце воспринимается осознанно. Даже в случаях тяжелых нарушений, например при врожденном пороке сердца, сердечные феномены субъективно воспринимаются лишь на поздних стадиях декомпенсации [55, с. 16].

Психическая сфера так же определяет функции сердца и сосудов, как и соматическая. Как отмечает Л.И. Агапитов, «активность и покой, сон или бодрствование, душевная живость и возбуждение, выраженные внешне или подавленные чувства связаны с различными состояниями системы кровообращения» [1, с. 38]. Несмотря на то, что изменения работы сердца в равной степени проявляются и при положительных, и при отрицательных чувствах, патологические нарушения в сердечно-сосудистой системе связаны со страхом, гневом, яростью, тоской и другими отрицательными эмоциями, которые приводят к тому, что например, при страхе одиночества, при опасности нападения возникает ощущение, будто сердце начинает стучать в горле и в области головы. Происходящий при этом выброс адреналина вызывает сужение сосудов, учащение пульса и усиление сокращения миокарда, что, в свою очередь, приводит к состоянию беспокойства и страха.

Еще одним распространенным классом заболеваний являются болезни органов дыхания. Наиболее часто встречаются следующие заболевания орга-

нов дыхания:

а) бронхит. Это заболевание, течение которого характеризуется воспалением бронхов. Основным симптомом – кашель. По течению бронхит бывает острым и хроническим;

б) пневмония. Опасное, остропротекающее инфекционное заболевание, при котором происходит воспаление ткани легких и наполнение альвеол жидкостью. Течение болезни тяжелое;

в) бронхиальная астма. Хронически протекающее заболевание дыхательных путей, имеющее аллергическое происхождение;

г) ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких). Неаллергическое воспаление бронхов, при котором происходит их сужение, что приводит к нарушению газообмена в организме;

д) тромбоэмболия. Происходит закупорка легочной артерии тромбом, который был принесен в сосуды легких током крови из большого круга кровообращения;

е) бронхоэктатическая болезнь. Хронически протекающая патология, при которой происходит расширение и нагноение бронхов;

ж) плеврит. Это воспаление оболочки, которая покрывает легкие (плевры). Чаще всего является осложнением других заболеваний дыхательных путей.

Бронхиальная астма является классическим примером болезни, которая обусловлена многими факторами, при которой взаимодействуют многочисленные компоненты, в основном психологические, инфекционные и аллергические [5, с. 14]. Эмоциональные факторы вряд ли сами по себе могут создать достаточные условия для развития болезни, но у биологически предрасположенного к ней человека они могут привести в действие астматический процесс.

Психологически бронхиальная астма может быть описана как затруднение выживания, неспособность «дышать полной грудью» [32, с. 136]. Сложности могут возникнуть у ребенка, когда родительской любви недоста-

точно, ведь самостоятельное дыхание появляется у человека только после рождения, тогда как все другие признаки жизнеспособности формируются еще в материнской утробе.

Н.Н. Заваденко отмечает, что момент рождения является процессом, вызывающим сильный страх. Однако, существуют родители, которые способны обеспечить ту же безопасность и тот же комфорт. Бывает так, что их внимания и заботы не хватает, и тогда первая система, которая подвержена риску – это дыхание. Бывает и другая причина – забота родителей так велика, что ни один вдох или выдох просто невозможно сделать самостоятельно. Недостаток заботы, так же как и ее избыток в равной мере лишают способности быть нестесненным, «дышать свободно» [17, с. 26].

В таких ситуациях дети бессознательно ищут выхода, срабатывает жизненный инстинкт, и более тяжелые проявления болезни появляются для того, чтобы менялась «тактика спасения». Как отмечают Л.И. Агапитов и Ю.М. Белозеров [30, с. 43], в клиническом проявлении бронхиальной астмы основным является появление астматических симптомов в характерных для данного пациента условиях. Взрослые пациенты чаще всего «забывают» свою детскую историю, но обострение их заболевания происходит, как правило, именно тогда, когда надо проявить смелость, ответственность, независимость или суметь пережить печаль, одиночество.

Данные исследований некоторых современных авторов (Боговин Л.В., Водолазская А.С.) говорят о многообразии проявлений (порой, противоречивых) в личностном психологическом портрете астматика: импульсивность, взрывчатость, эгоцентричность, затруднение самоконтроля, неконформность, высокая потребность в самоактуализации, иррациональность притязаний сочетаются с рефлексией, ипохондричностью, потребностью личности в уходе от реальной действительности и стремлением быть опекаемой, снижением оптимистического настроения на жизнь; избеганием аффективных реакций и одновременной потребностью в эмоциональной вовлеченности; тенденцией к постоянному анализу своих ощущений и алекситимией [7, с. 30].

В настоящее время в медицине значительно возрос интерес к психической сфере больных, страдающих различными соматическими заболеваниями. Советская медицина, изучая болезни, исходила из признания единства соматического и психического, организма и личности во всей сложности их соотношений. Этой проблеме в прошлом уделяли большое внимание крупнейшие русские врачи М.Я. Мудров, С.П. Боткин, Г.А. Захарьин, и другие авторы [23, с. 67]. На современном этапе медицина не может ограничиваться только эмпирическими данными индивидуализации лечения. Провозглашения принципа целостного подхода становится недостаточно, требуется его теоретическая и конкретно практическая разработка. Без психологических знаний в решении этих вопросов не обойтись.

В связи с этим нельзя не отметить, что тяжелое хроническое соматическое заболевание существенно изменяет социальную ситуацию развития человека, как проявления одного из компонентов внутренней картины болезни. Заболевание изменяет уровень психических возможностей осуществления деятельности человеком, ведет к ограничению круга контактов с окружающими людьми, часто по объективным или субъективным причинам приводит к ограничению его деятельности в целом, т. е. меняет объективное место, занимаемое человеком в жизни, и, следовательно, его «внутреннюю позицию» по отношению ко всем обстоятельствам жизни [41, с. 87].

Следует подчеркнуть, что тяжелая соматическая болезнь может изменить биологические условия протекания деятельности. Вследствие соматогенной интоксикации или явлений гипоксии могут измениться операциональные и энергетические возможности осуществления деятельности человеком. Само по себе биологическое изменение организма не является составляющей социальной ситуации развития, а является только предпосылкой протекания психической деятельности. Однако влияние этого условия сказывается на динамике деятельности, выносливости человека к нагрузкам (физическим и психическим), устойчивости энергетического потенциала деятельности, сохранности ее операционального состава и т. д. [38, с. 147]. Все эти

собственно психологические последствия влияния биологической вредности (связанной с соматической болезнью) уже могут быть включены в содержание внутренней картины болезни.

Другим важным моментом является то, что человек вступает в новую жизненную ситуацию, связанную с болезнью, с уже сформированными особенностями психической организации: определенным уровнем преморбидных познавательных возможностей, мотивационной структурой личности, уровнем оценки своих возможностей и ожиданий. Болезнь может изменить все перспективы человеческой жизни, характер ее ориентации на будущее. Всякое истинное индивидуальное развитие предполагает направленность человека в будущее [20, с. 10]. Как показывают исследования различных авторов (Сирота Н.А., Чурина К.И. и др.), будущее для больных часто становится неопределенным, теряет свои четкие очертания, в ряде случаев перспектива будущего разворачивается перед больными в оскудевшем виде, не соответствующем планам и ожиданиям [23, с. 262].

Одним из наиболее важных факторов внутренней картины болезни и формирования реакции на болезнь является способность субъекта к «защитной» психологической деятельности. При помощи механизмов «психологической защиты» больной человек «забывает», «вытесняет» из сознания события и факты, связанные с заболеванием, «рационализирует», преуменьшая значимость имеющихся нарушений и т.д. Если его переживания не находят понимания у окружающих, может возникнуть «фиксация» на болезненном состоянии со стремлением доказать его актуальность окружающим («бегство в болезнь») [7, с. 33].

Таким образом, позитивное действие «психологической защиты», реализуемой на уровне подсознания, проявляется в снятии тревоги, психологического дискомфорта, устранении или сведении до минимума негативных, травмирующих личность переживаний, связанных с болезнью. Негативное действие «психологической защиты» заключается в том, что благодаря ей достигается лишь относительное психологическое равновесие и личностное

благополучие, но при этом не решаются проблемы, связанные с состоянием здоровья, которые могут приобретать хронический характер, способствовать возникновению невротических расстройств, так как человек лишается возможности активно воздействовать на ситуацию, что «попустительствует» болезни [40, с. 78].

Необходимо отметить также, что неотъемлемой составляющей содержания внутренней картины болезни является сама личность человека и ее особенности. К личностным особенностям, как правило, относят ценностные ориентации человека, его нравственные качества и иные социально обусловленные феномены. В первую очередь, из личностных особенностей, влияющих на формирование субъективного отношения к болезни, следует отметить мировоззрение и философскую позицию по поводу смысла жизни и жизни после смерти.

К особенностям личности, влияющим на формирование типа психологического реагирования на заболевание, относятся околomedicalные суеверия. Спектр их широк и включает мистическое (иррациональное) истолкование истоков их болезни («сглазили», «навели порчу», «подействовал энергетический вампир» и т.д.). Мистическая концепция болезни носит характер убежденности, пациент не способен критически оценивать свои высказывания и требует от врача не лечения, а «снятия порчи» и прочих мистических манипуляций [3, с. 25].

Уровень образования человека и уровень его культуры как личностные свойства также оказывают влияние на оценку субъективной тяжести болезни. Особенно это относится к уровню медицинской образованности и культуры. Негативными в психологическом отношении оказываются любые крайности. Как низкая медицинская культура, так и высокая с одинаковой вероятностью способны вызвать психологически тяжелые реакции. Однако механизмы их будут отличаться, в одном случае это будет связано с недостатком, в другом – с избытком информации о болезнях, их тяжести, течении и исходах.

Таким образом, болезнь, которую принято рассматривать как наруше-

ние адаптации организма к условиям внешней и внутренней среды, всегда протекает по законам, которые не зависят от желания человека, произвольно. Внутренняя картина болезни, в соответствии с этим, всегда имеет свои особенности, связанные с различными факторами, такими как личностная характеристика личности, отношение близких людей и врачей к болезни, социальная ситуация развития человека, его ресурсный потенциал и многими другими. Поэтому в современном понимании патогенеза психосоматических заболеваний признается многофакторность в объяснении их природы. Соматическое и психическое, влияние предрасположенности и среды, фактическое состояние окружающей среды и ее субъективная переработка, физиологические, психические и социальные воздействия в их совокупности и взаимодействии – все это имеет значение в качестве взаимодействующих между собой факторов психосоматических заболеваний. Следовательно, произвольность дезадаптации, спонтанность течения, которые лежат в основе любого патологического состояния, относятся к числу важнейших психологических факторов болезни. Не меньшую роль играет психическая и физическая зависимость человека от болезни, которая проявляется в изменении всей жизни человека. Именно поэтому необходима своевременная, качественная психологическая помощь людям с хроническими заболеваниями в принятии их положения и построении рациональной картины болезни.

1.3 Психологические особенности подростков с психосоматическими заболеваниями

Подростковый возраст – это возраст периода взросления, характеризующийся интенсивными психологическими и физическими изменениями, бурной физиологической перестройкой организма. Подростковый возраст «начинается» с изменения социальной ситуации развития. В психологии этот период называют переходным, трудным, критическим возрастом [1, с. 15].

Главное содержание подросткового возраста заключается в его переходе от детства к взрослости. Этот переход подразделяется на два этапа подростковый возраст и юность (ранняя и поздняя). Однако хронологические

границы этих возрастов часто определяются совершенно по-разному. В последние годы процесс акселерации нарушил привычные возрастные границы подросткового возраста. Медицинская, психологическая, педагогическая, юридическая, социологическая литература определяет различные границы подросткового возраста. Обращаясь к отечественной истории, можно заметить, что возрастная терминология, касающаяся подросткового периода, также была неоднозначной.

Несколькими признанными обозначениями границ являются периодизации Д.Б. Эльконина, Э. Эриксона, Ж. Пиаже и других авторов. Однако только Д.Б. Эльконин разделил подростковый возраст на два периода: младший подростковый возраст (12-14 лет) и старший подростковый возраст (15-17 лет) [27, с. 59]. Э. Эриксон же выделил отрочество и юность (12-20 лет) как одну большую и важную стадию развития личности. Так или иначе, общими границами подросткового возраста принято считать период развития от 11 до 17 лет [12, с. 22].

Подростковый возраст исследовали многие психологи. Впервые психологические особенности подросткового возраста были описаны С. Холлом, который указал на противоречивость поведения подростка. Он же ввел в психологию представление о подростковом возрасте как кризисном периоде развития. Как указывает В.И. Слободчиков, основания для такого объяснения очевидны. Подростковый возраст характеризуется сильными изменениями в анатомии и физиологии подростка. Он развивается, увеличивается масса тела, интенсивно растет скелет (быстрее, чем мышцы), совершенствуется сердечно-сосудистая система. Вместе с тем идет половое созревание, а это значит, что в ходе перестройки организма у подростка может возникнуть чувство тревоги, повышенная возбудимость, депрессия. Многие подростки начинают чувствовать себя неуклюжими, неловкими, появляются обеспокоенность внешним видом, слишком низким или высоким ростом и т.п. Вместе с тем в психологии утверждено, что анатомо-физиологические изменения в организме подростка не могут рассматриваться в качестве прямой детерми-

нанты его психологического развития. Эти изменения имеют опосредованное значение и преломляются через социальные представления о развитии, через культурные традиции взросления, через отношение других к подростку и сравнения себя с другими [21, с. 292].

Подростковый возраст является сложным периодом жизни и имеет для этого внешние и внутренние предпосылки. В качестве внешних можно обозначить изменение характера учебной деятельности: наличие многих предметов, содержание учебного материала, предлагаемые к пониманию абстракции вызывают качественно новое отношение к знаниям; отсутствие единообразия требований: сколько учителей, столько различных оценок окружающей действительности, поведения ребенка, его деятельности, взглядов, отношений, качеств личности. Из-за этого появляется необходимость собственной позиции, эмансипации от непосредственного влияния взрослых. Также начинают предъявляться новые требования в семье (помощь по хозяйству, с подростком начинают советоваться), подросток начинает интенсивно рефлексировать себя [48, с. 37].

Внутренней предпосылкой стоит считать то, что в этот период происходит активный физический рост и половое созревание (появляются новые гормоны в крови, влияющие на центральную нервную систему, происходит рост тканей и систем организма). Также к повышенной утомляемости, возбудимости, раздражительности, негативизму в этот период приводит выраженная неравномерность созревания различных органических систем.

Как и любой другой возрастной период жизни человека, подростковый период имеет свои специфические задачи и новообразования. Исследователь психологии подростков М. Кле задачи развития в подростковом возрасте формулирует относительно четырех основных сфер: тела, мышления, социальной жизни, самосознания:

а) пубертатное развитие. В течение относительно короткого периода тело подростка значительно изменяется. Это влечет две основные задачи развития:

1) необходимость переструктурирования телесного образа «Я» и построения мужской или женской идентичности;

2) постепенный переход к взрослой сексуальности.

б) когнитивное развитие. Развитие интеллектуальной сферы подростка характеризуется качественными и количественными изменениями, которые отличают его от детского способа познания мира. Становление когнитивных способностей отличается двумя основными достижениями:

1) развитием способности к абстрактному мышлению;

2) расширением временной перспективы.

в) преобразование социализации. Преобладающее влияние семьи в подростковом возрасте постепенно заменяется влиянием группы сверстников, которая выступает источником референтных норм поведения и получения определенного статуса. Эти изменения протекают в двух направлениях, соответствующих двум задачам развития:

1) освобождение от родительской опеки;

2) постепенное вхождение в группу сверстников.

г) становление идентичности. Становление психосоциальной идентичности, лежащее в основе подросткового самосознания, включает три основные задачи развития:

1) осознание временной протяженности собственного «Я», включающей детское прошлое и определяющей проекцию себя в будущее;

2) осознание себя как отличного от родительских образов;

3) осуществление системы выборов, обеспечивающих цельность личности [12, с. 98].

На фоне развития ведущей деятельности и процесса выполнения основных задач происходит развитие центральных новообразований подросткового возраста, которые охватывают в этом периоде все стороны субъективного развития: изменения происходят в моральной сфере, в сфере полового созревания, в процессе развития высших психических функций, в эмоциональной сфере. Так, изменения в моральной сфере отличаются двумя особен-

ностями: переоценкой нравственных ценностей и устойчивостью «автономных» моральных взглядов, суждений и оценок, независимых от случайных влияний [28, с. 285].

Однако мораль подростка не имеет опоры в моральных убеждениях, еще не складывается в цельное мировоззрение, а поэтому может легко изменяться под влиянием сверстников. В качестве условия, повышающего моральную устойчивость, выступает идеал. Воспринятый извне или созданный ребенком идеал означает наличие у него устойчивого мотива. Нравственные идеалы по мере развития ребенка становятся все более обобщенными и начинают выступать в роли сознательно выбранного образца для поведения. Центральными новообразованиями подросткового возраста в данном случае становятся абстрактное мышление, самосознание, половая идентификация, чувство «взрослости», переоценка ценностей, автономная мораль [29, с. 12].

Л.С. Выготский, в свою очередь, центральным и специфическим новообразованием этого возраста считал чувство взрослости, т.е. возникающее у человека представление о себе как уже не о ребенке. Подросток начинает чувствовать себя взрослым, стремится быть им и считаться таковым, что может быть замечено окружающими во взгляде, оценках, в манерах поведения, а также в отношениях со сверстниками и взрослыми [14, с. 118].

Так, Т.В. Драгунова выделяет некоторые особенности и проявления в развитии и становлении взрослости у подростка:

а) подражание внешним проявлениям взрослых (стремление быть похожим внешне, приобрести отличительные особенности, умения и привилегии);

б) ориентация на качества взрослого (стремление приобрести качества взрослого, например у мальчиков – «настоящего мужчины» – силу, смелость, волю и т.д.);

в) взрослый выступает как образец деятельности (развитие социальной зрелости в условиях сотрудничества взрослых и детей, что формирует чувство ответственности, заботы о других людях и др.);

г) интеллектуальная зрелость (стремление что-то знать и уметь по-настоящему; происходит становление основной направленности познавательных интересов, поиск новых видов и форм социально значимой деятельности, способных создавать условия для самоутверждения подростков).

Вместе с тем, основные позиции в подростковом возрасте начинают занимать общественно-полезная деятельность и интимно-личностное общение со сверстниками. Общественно-полезная деятельность является для подростка той сферой, где он может проявить свои возросшие возможности, реализовать стремление к самостоятельности, удовлетворить потребность в признании со стороны взрослых. Как отмечал Д.И. Фельдштейн, она «создает возможность реализации своей индивидуальности в общем деле, удовлетворяя стремление в процессе общения не брать, а давать» [60, с. 127].

Как известно, подростку присуща сильная потребность в общении со сверстниками. Ведущим мотивом поведения подростка в связи с этим является стремление найти свое место в референтной группе [12, с. 58]. Причем отсутствие такой возможности часто приводит к социальной дезадаптации и возникновению правонарушений. Оценки друзей начинают приобретать большее значение, чем оценки учителей и взрослых. Подросток сильнее всего подвержен влиянию группы, ее ценностей, у него возникает тревога и беспокойство, если его популярность среди сверстников подвергается опасности. В общении как деятельности происходит усвоение подростком социальных норм, переоценка ценностей, удовлетворяется потребность в признании и стремлении к самоутверждению.

Формирование же самосознания подростка заключается в том, что он начинает постепенно выделять качества из отдельных видов деятельности и поступков, обобщать и осмысливать их как особенности своего поведения, а затем и качества своей личности. Предметом оценки и самооценки, самосознания и сознания становятся качества личности, связанные, прежде всего с учебной деятельностью и взаимоотношениями со сверстниками. Это центральная точка всего переходного возраста. Как отмечал Л.С. Выготский:

«Самосознание есть последняя и самая верхняя из всех перестроек, которым подвергается психология подростка» [14, с. 209].

Интенсивное формирование самосознания и рефлексии создает массу вопросов о жизни и о себе. Постоянное беспокойство о собственной идентичности вынуждает подростка искать резервы своих возможностей. Психологи связывают это со становлением «Я»-идентичности. В этот период «...как бы восстанавливаются все детские идентификации, включаясь в новую структуру идентичности, позволяющую решать взрослые задачи. «Я»-идентичность обеспечивает целостность поведения, поддерживает внутреннее единство личности, обеспечивает связь внешних и внутренних событий и позволяет солидаризироваться с социальными идеалами и групповыми стремлениями» [32, с. 42].

Б.С. Волков и С.О. Кузнецова отмечают, что главное противоречие подросткового возраста заключается часто в том, что подросток стремится получить статус взрослых и взрослые возможности, но не торопится возложить на себя ответственность взрослых, избегает ее. Подросток часто отказывается признавать оценки и жизненный опыт родителей, даже если понимает их правоту. Ему хочется получить свой собственный уникальный и неповторимый опыт, сделать свои ошибки и учиться именно на них.

В.И. Слободчиков замечает, что при всех трудностях определения конкретных путей для преодоления кризиса развития в подростковом возрасте, можно сформулировать общее психолого-педагогическое требование для его благополучного разрешения – это наличие общности, совместности в жизни ребенка и взрослого, сотрудничества между ними, в процессе которого происходит становление новых способов их взаимодействия. Создание общности в жизни взрослого и подростка, расширение сферы их сотрудничества и конструктивных контактов составляют те необходимые условия, которые помогают преодолеть кризис подросткового возраста [42, с. 26].

В то же время для подростков, имеющих психосоматические болезни, этот период развития является еще более сложным возрастным периодом.

Подростковый возраст является уникальным временем умственного и физического развития. Хронические заболевания порождают физические ограничения, часто требуют повторных визитов к врачу и могут включать в себя комплекс медицинских процедур.

Бронхиальная астма, сердечные болезни или заболевания желудочно-кишечного тракта – это болезни у детей, которые требуют длительного стационарного обследования, а иногда и хирургического вмешательства. Затяжное пребывание в стационарных лечебных учреждениях могут становиться на пути дальнейшего развития и учебы подростка.

Общей проблемой для многих детей от 12 до 15 лет является то, что в подростковом и юношеском возрасте в переживаниях, связанных с заболеванием, центральное место занимает внешняя непривлекательность. Именно к этому возрасту, относится возникновение патологических идей физического недостатка. Девушки чаще озабочены косметическими недостатками, проблемой лишнего веса, а у юношей переживания по большей части касаются половой системы, сексуальной активности.

Для детей, подростков и молодежи наиболее тяжелыми в психологическом плане оказываются болезни, изменяющие внешний вид человека, делающие его непривлекательным. Это связано с системой ценностей, расстановкой приоритетов молодого человека, для которого наивысшую ценность приобретает удовлетворенность собственной внешностью [11, с. 27].

Таким образом, наиболее тяжелые психологические реакции могут вызывать заболевания, не носящие угрозы для жизни с медицинской точки зрения. К ним относятся любые болезни, которые негативно, с точки зрения подростка, изменяют внешность (кожные, аллергические), калечащие травмы и операции (ожоги). Именно поэтому такие болезни, как бронхиальная астма, различные заболевания желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы могут восприниматься подростками как не угрожающие их жизнедеятельности, может быть недооценена опасность заболевания и вместе с тем иррационально построена внутренняя картина болезни.

В возрасте 12-14 лет может происходить и избыточное всасывание кальция из кишечника и пищи, в процессе чего избыток кальция начинает откладываться в почках в виде солей. Так возникают дисметаболические нефропатии, которые могут привести к мочекаменной болезни или пиелонефриту.

В этот же период могут дать о себе знать надпочечники, вырабатывающие гормоны глюкокортикоиды. Многие подростки из-за нарушения обмена этих гормонов начинают стремительно набирать вес. Лишние килограммы в данном случае откладываются в основном в области ягодиц и бедер, на талии и шее. Из-за столь быстрого набора веса на коже могут возникать растяжки розового-синего цвета, может изменяться пигментация кожи [56, с. 73]. Кроме всего, повышение веса может повышать давление, что приведет в итоге к гипертонии и раннему атеросклерозу.

Как отмечают Е.С. Акарачкова и С.В. Вершинина, в возрасте примерно 15-17 лет у подростков могут возникать признаки аритмий, колебания давления от низкого до высокого, особенно в связи со стрессами. Причинами этого могут быть как активно работающие надпочечники, так и физические, эмоциональные нагрузки, гиподинамия. Работа надпочечников проявляется покраснением щек при стрессах или смущении, волнении, а также происходит повышение давления [3, с. 27]. В принципе, если это не отражается негативно на самочувствии, то подобное явление вполне нормально, но иногда колебания давления приводят к сильным головным болям, тошноте и недомоганиям, сердцебиениям.

На развитие таких хронических соматических болезней влияют, например, экологические факторы – загрязнение воздуха, загазованность, плохая вода. Также влияют социальные факторы, родовые травмы, частые болезни детства, а со времени обучения в школе добавляются повышенные эмоциональные нагрузки, дефицит физической активности и малое пребывание на свежем воздухе.

Большое влияние могут оказывать и неблагоприятные наследственные

факторы. Помимо этого, многие родители несерьезно относятся к полноценному лечению заболеваний в детстве, например, осложнений ОРВИ, а это может приводить к запуску и утяжелению болезней. Зачастую родители просто сбивают температуру и отправляют детей в школу, что также приводит к осложнениям.

Однако при этом немаловажную роль в появлении и развитии хронических заболеваний у подростков играют неблагоприятная психологическая атмосфера дома и в школе, невыраженные негативные или насыщенные позитивные эмоции в следствие алекситимии или семейных устоев, запрещающих быть слишком эмоциональными. В подростковом возрасте ярко выражена эмоциональная составляющая личности, стремление переживать все происходящее как нечто важное и значимое, поэтому, не найдя выхода, эти эмоции перерабатываются интеллектуальным компонентом личности и становятся одной из причин формирования симптомов заболеваний.

В психологических исследованиях таких авторов как В.В. Николаева, Е.Т. Соколова, Т.Г. Горячева, Н.А. Коваленко и многих других, показано, что наличие соматических расстройств изменяет нормальный ход личностного развития ребенка. Изучены психологические особенности детей и взрослых с такими заболеваниями, как диабет, заболевания легких, гипертония, язвенная болезнь желудка, сердечно-сосудистые заболевания, хроническая почечная недостаточность и другие.

Например, дети с гипертонической болезнью отличаются ограниченными возможностями эмоционального самовыражения, замкнутостью, выраженной потребностью в самоутверждении, напряженно-требовательским отношением к жизни (Николаева В.В.). При язвенной болезни у детей и подростков выявлено преобладание эгоцентрической направленности, неудовлетворенной потребности в любви и признании, повышенной тревожности (Валеева Ж.А.). Для детей, страдающих бронхиальной астмой, характерны такие эмоционально-личностные особенности, как выраженная тревожность, невротичность, сензитивность, инфантильность, которые не позволяют им

адекватно реагировать на возникающие трудности и конфликты, самостоятельно справляться с проблемными ситуациями (Бабкина Л.М.). У детей, болеющих диабетом, были обнаружены повышенная тревожность, агрессивное поведение, интровертированность, конфликтность, стремление к уединению, общие трудности адаптации к социальной ситуации (Вовненко К.Б.). Подростки, перенесшие хирургическое вмешательство по поводу врожденного порока сердца в раннем возрасте, отличаются от здоровых подростков эмоциональной незрелостью, инфантильностью, неуверенностью в своих силах, неадекватной самооценкой и несамостоятельностью, что обусловлено влиянием трех факторов: порока сердца, хирургической операцией и искаженной ситуацией развития (Строкова Е.В.) [48, с. 110].

Таким образом, подростки, страдающие психосоматическими заболеваниями, вследствие ситуации болезни отличаются от здоровых сверстников особенностями не только физического, но и психического развития. Как правило, хронические заболевания в подростковом возрасте сопровождаются отличным от нормального формированием личности, так как именно в этот период происходит основное становление человека как личности, а движущей силой этого развития является собственная деятельность подростка по овладению действительностью, опосредованная его отношениями с взрослыми. Психическая деятельность больного ребенка меняется не потому, что при соматических заболеваниях начинают действовать какие-то особые психические механизмы, а потому, что те же самые механизмы действуют в особых вызванных и измененных болезнью условиях. При этом болезнь является лишь биологической предпосылкой изменения личности. Серьезное и длительное соматическое нарушение приводит к стойким изменениям внутреннего мира подростка и всего его психического облика. Вследствие этого у человека формируется определенная внутренняя картина болезни, которая может быть наполнена разнообразными иррациональными убеждениями, идеями, мыслями. Иррационально сформированное отношение к болезни может приводить к дезадаптации личности и сильно мешать лечению и реа-

билитации подростков с хроническими психосоматическими заболеваниями. Задача психолога, ровно, как и врача, в этом случае, помочь пациенту осознать истоки, протекание, последствия болезни, а также все те ограничения и возможности, которые приносит это заболевание. Помощь так же должна заключаться и в том, чтобы суметь достучаться до глубинных структур человека и найти те механизмы, которые способствуют определенному формированию типа отношения к болезни, а также переструктурировать их.

2 ИССЛЕДОВАНИЕ И КОРРЕКЦИЯ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

2.1 Организация и методы исследования

В первой главе было рассмотрено понятие внутренней картины болезни, ее характеристики и составляющие компоненты. Также особое внимание было уделено определению и классификациям хронических и психосоматических заболеваний. Третий пункт был посвящен описанию подросткового возраста, его особенностей, а также возникающих в этом возрасте заболеваний.

Цель исследования: изучение особенностей интеллектуального компонента внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями.

Задачи исследования:

- 1) исследовать интеллектуальный компонент внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями;
- 2) выявить особенности интеллектуального компонента внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями;
- 3) разработать программу психологической коррекции интеллектуального компонента внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями.

Гипотеза исследования: интеллектуальный компонент внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями, имеет особенности.

Исследование проводилось на базе ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница» города Благовещенска. Выборку составили 60 человек в возрасте 12-15 лет, находившихся на лечении в трех разных отделениях. Таким образом, было исследовано 18 пациентов, страдающих

психосоматическими заболеваниями (гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь) и 42 пациента с хроническими соматическими заболеваниями (вегетососудистая дистония, миокардиодистрофия, гастродуоденит, плеврит и др.).

Были исследованы те подростки, которые подходили по границам возраста и находились на момент исследования в отделении. Вероятность влияния человеческого фактора на формирование выборки, таким образом, минимальна.

Тип эмпирического исследования – сравнительное. Сравнительный метод заключается в рассмотрении отдельных механизмов поведения и психологических актов в сравнении со сходными явлениями у других людей. В данном исследовании сравнению подлежали две группы подростков, которые отличались видом заболевания, по критериям, определенным согласно тестовым методикам. Критериями явились тип отношения к болезни, наличие и характер иррациональных установок личности, а также выраженность тех или иных видов психологических защит. Данные критерии отражают состав интеллектуального компонента внутренней картины болезни.

Исследование включало три этапа:

- а) подготовительный – процесс определения проблемы и методологических основ исследования, формирования выборки, подбора методов и методик исследования, обозначения места и времени проведения исследования;
- б) основной – сбор эмпирических данных;
- в) заключительный – обработка и анализ полученных данных, интерпретация результатов исследования.

В ходе исследования были применены такие тестовые методики как «Тип отношения к болезни» (Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б.) (приложение А), «Диагностика иррациональных установок» (Эллис А.) (приложение Б), «Индекс жизненного стиля» (Плутчик Р.) (приложение В).

Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) – это клиническая тестовая методика, направленная на диагностику типа отношения к болезни. Она была сконструирована коллективом авторов (Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б.) в 1987 году в НИИ им. Бехтерева. Первоначально методика называлась «ЛЮБИ» (Личностный опросник Бехтеревского института).

При создании методики «Тип отношения к болезни» была использована клинико-психологическая типология отношения к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым в 1980 году. Тестом диагностируется двенадцать основных типов реагирования: сенситивный (чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни), тревожный (непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения), ипохондрический (чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях), меланхолический (сверхудрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения), апатический (полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения), неврастенический (вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения), эгоцентрический («принятие» болезни и поиски выгод в связи с болезнью), паранойяльный (уверенность, что болезнь – результат внешних причин, чьего-то злого умысла), анозогностический (активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного), дисфорический (доминирует гневливо-мрачное, озлобленное настроение, постоянный угрюмый и недовольный вид), эргопатический («уход от болезни в работу») и гармоничный (оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни). Они были поделены авторами на три блока: условно-адаптивный,

интрапсихически-дезадаптивный и интерпсихически-дезадаптивный.

Для составления текста теста были выбраны двенадцать наиболее важных, по мнению автора, жизненных сфер, отражающих систему отношений личности: отношение к болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, будущему, а также самооценка самочувствия, настроения, сна и аппетита.

Процедура проведения заключается в том, что испытуемому предъявляется бланк с 12 блоками, в которых содержится от 10 до 16 утверждений. В каждом блоке необходимо выбрать два утверждения, которые наиболее полно описывают состояние испытуемого. Если ни одно из утверждений не подходит, можно выбрать вариант ответа «Ни одно утверждение мне не подходит». Все ответы отражаются на специальном бланке. Время заполнения не ограничено. Исследование можно проводить как индивидуально, так и в небольших группах, при условии, что испытуемые не будут советоваться друг с другом. Ответы испытуемых фиксируются на отдельном листе с таблицей для регистрации результатов.

Интерпретация диагностированного типа отношения к болезни осуществляется следующим образом:

а) если диагностируется «чистый» тип отношения к болезни, для раскрытия его психологического содержания используется клинико-психологическое описание соответствующего типа;

б) если диагностируется «смешанный» тип отношения к болезни, интерпретация включает описания типов, являющихся его составляющими, из той же классификации. Целесообразно обращать внимание на характер соотношения между составляющими смешанного типа, который может быть как согласованным (например, неврастенический – дисфорический), так и противоречивым (например, ипохондрический – анозогностический).

При интерпретации типа реагирования на болезнь следует учитывать содержание выбранных больным утверждений, являющихся «зачетными» по

отношению к диагностируемому типу, а также распределение этих утверждений по темам опросника («самочувствие», «отношение к лечению», «отношение к работе» и т.п.).

Дополнительно к раскрытию содержания выбранных испытуемым утверждений, относящихся к диагностируемому типу, необходимо обращать внимание на всю совокупность шкальных оценок, отражающих многомерность отношения к болезни, информация о которых наглядно представлена в профиле шкальных оценок.

Методика «Диагностика иррациональных установок» разработана американским когнитивным терапевтом А. Эллисом на основе собственной теории рационально-эмотивной терапии (РЭТ). Согласно этой теории, негативные эмоции появляются у людей не вследствие окружающих их событий, а вследствие негативной интерпретации этих событий людьми из-за иррациональных убеждений, усвоенных с детства и в течение жизни. Методика диагностики наличия и выраженности иррациональных установок призвана выявить эти иррациональные установки, осознать их отрицательное влияние на эмоции, и тем самым приблизить личность к состоянию эмоционального благополучия.

В данной методике шесть шкал, четыре основные шкалы соответствуют основным группам иррациональных установок мышления, выделенных автором: «катастрофизация», «долженствование в отношении себя», «долженствование в отношении других» и «оценочная установка».

Шкала «катастрофизация» отражает восприятие людьми различных неблагоприятных событий. Низкий балл по этой шкале свидетельствует о том, что человеку свойственно оценивать каждое неблагоприятное событие как ужасное и невыносимое, в то время как высокий балл говорит об обратном отношении.

Показатели шкалы «долженствование в отношении себя», а также шкалы «долженствование в отношении других» указывают на наличие либо отсутствие чрезмерно высоких требований к себе и другим.

«Оценочная установка» показывает то, как человек оценивает себя и других. Наличие такой установки может свидетельствовать о том, что человеку свойственно оценивать не отдельные черты или поступки людей, а личность в целом.

Другие две шкалы – оценка фрустрационной толерантности личности, которая отражает степень переносимости различных фрустраций (т. е. показывает уровень стрессоустойчивости), и общая оценка степени рациональности мышления.

Предполагается как индивидуальная форма проведения, так и групповая. Испытуемым предлагается 50 утверждений, отражающих отношение к той или иной позиции, им необходимо согласиться либо не согласиться с ними, но можно также выбрать и промежуточные варианты ответа. По итогам исследования проводится анализ степени согласия с предлагаемыми утверждениями, выставляется балльная оценка.

Обработка теста производится при помощи ключа. Затем производится суммирование ответов по каждой шкале и интерпретация результатов согласно выше описанной характеристике шкал.

Интерпретация осуществляется при помощи расшифровки полученных результатов по данной градации:

- а) менее 15 баллов – ярко выраженное и отчетливое наличие иррациональных установок, ведущих к стрессам;
- б) от 15 до 22 баллов – наличие иррациональной установки, средняя вероятность возникновения и развития стресса;
- в) более 22 баллов – иррациональные установки отсутствуют.

В рамках данной работы методика диагностики иррациональных установок позволяет четко выделить те идеи и убеждения подростков, сформированные в раннем детстве и формирующиеся сейчас, которые оказывают большое влияние на формирование типа отношения к болезни. Таким образом, зная начинающийся формироваться тип отношения к болезни и те иррациональные установки, которые могли повлиять на это

формирование, можно через устранение иррационального мышления повлиять на дальнейшее становление отношения к заболеванию и его принятие.

Методика «Индекс жизненного стиля», описанная Р. Плутчиком в соавторстве с Г. Келлерманом и Х.Р. Контом в 1979 г., предназначена для диагностики механизмов психологической защиты «Я» и включает 97 утверждений, требующих ответа по типу «верно – неверно». Измеряются восемь видов защитных механизмов: вытеснение (механизм защиты, посредством которого неприемлемые для личности импульсы становятся бессознательными), отрицание (механизм психологической защиты, посредством которого личность либо отрицает некоторые вызывающие тревогу обстоятельства, либо какой-либо внутренний импульс или сторона отрицает сама себя), замещение (разрядка подавленных эмоций, которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства), компенсация (проявляется в попытках найти подходящую замену реального или воображаемого недостатка другим качеством, чаще всего с помощью фантазирования или присвоения себе качеств другой личности), реактивное образование (личность предотвращает выражение неприятных или неприемлемых для нее мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений), проекция (неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли локализуются вовне, приписываются другим людям и становятся как бы вторичными), интеллектуализация / рационализация (личность создает логические, но благовидные обоснования своего или чужого поведения, вызванного причинами, которые личность не может признать из-за угрозы потери самоуважения) и регрессия (механизм психологической защиты, посредством которого личность в своих поведенческих реакциях стремится избежать тревоги путем перехода на более ранние стадии развития либидо). Каждому из этих защитных механизмов соответствуют от 10 до 14

утверждений, описывающих личностные реакции человека, возникающие в различных ситуациях. На основе ответов строится профиль защитной структуры испытуемого.

Обработка результатов производится путем подсчета количества положительных ответов по каждой из 8 шкал, в соответствии с ключом. Затем сырые баллы переводятся в проценты. На основе процентных показателей составляется профиль эго-защит.

С помощью данной методики можно подсчитать наиболее высокий индекс напряженности каждой из защит у респондентов однородной группы, определить наличие или отсутствие корреляции между напряженностью отдельных защит и общей напряженностью защит, а также сравнить данные показатели с показателями другой независимой группы. Таким образом, данная методика, так же как и описанная выше, дает возможность исследовать механизмы формирования того или иного типа отношения к заболеванию у подростков, выявить взаимосвязь отдельных видов психологических защит с определенными типами отношения к болезни. Это даст немаловажную информацию о содержании и становлении внутренней картины болезни у подростков с различными хроническими заболеваниями.

В качестве метода математической статистики для сравнения полученных данных был использован U-критерий Манна-Уитни – статистический критерий, используемый для оценки различий между двумя независимыми выборками по уровню какого-либо признака, измеренного количественно. Критерий позволяет выявлять различия в значении параметра между малыми выборками и является наиболее подходящим вариантом анализа для данного исследования.

Критерий рассчитывается по следующей формуле:

$$U_{\text{эмп}} = n_1 \cdot n_2 + \frac{n_x(n_x + 1)}{2} - T_x, \quad (1)$$

где n_1 – количество испытуемых в 1 группе;

n_2 – количество испытуемых во 2 группе;

n_x – количество испытуемых с большей ранговой суммой;

T_x – большая из двух ранговых сумм.

2.2 Программа коррекции интеллектуального компонента внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями

В рамках данной коррекционной программы объектом работы представлен интеллектуальный компонент внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями. Интеллектуальный компонент внутренней картины болезни формируется из мыслительной переработки той информации, которую больной получает как извне, так и на уровне собственного опыта. Содержанием интеллектуального компонента могут быть различные категории, такие как защитные механизмы личности, иррациональные установки, а также все то, что, так или иначе, влияет на рациональность мышления в отношении собственного заболевания.

Согласно рационально-эмотивной терапии А. Эллиса, расстройства в эмоциональной сфере являются результатом нарушений в когнитивной сфере, то есть то, как человек думает, непосредственным образом влияет на то, что он чувствует и как ведет себя в соответствии с этим. Следовательно, два компонента внутренней картины болезни связаны между собой и влияют друг на друга, что и способствует формированию определенного типа отношения к болезни.

Когнитивная терапия предполагает, что психологические проблемы и нервно-психические расстройства заключены в ошибках мышления человека, потому она видит своей целью корректировку нелогичных, нецелесообразных мыслей и убеждений человека, а также дисфункциональных стереотипов его мышления и восприятия. В процессе когнитивной терапии больной научается разрешать свои проблемы и находить выходы из кажущихся непреодолимыми ситуаций. При этом он корректирует и переосмысливает своё мышление, а когнитивный терапевт помогает ему учиться мыслить и поступать более рационально и адаптивно, с помощью чего устранять те

симптомы, которые его беспокоят.

Таким образом, коррекционная работа, построенная на принципах когнитивно-бихевиоральной терапии, рационально-эмотивной терапии, а также наполненная элементами символдрамы, релаксации и дополненная информационно-просветительской деятельностью может оказать благотворное влияние на интеллектуальный компонент, как внутренней картины болезни, так и личности в целом.

Предполагается, что коррекционная работа с пациентами, находящимися на стационарном лечении в ГАУЗ АО «Амурской областной клинической больнице» будет проводиться в течение всего срока госпитализации (предположительно, около трех-четырёх недель) три раза в неделю по полтора часа. В программе коррекции может участвовать не более 15 человек одного лечебного отделения.

Цель работы: изучить возможности коррекции интеллектуального компонента внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями.

Задачи коррекционной программы:

- 1) повысить осведомленность подростков о хронических и психосоматических заболеваниях, их причинах и последствиях;
- 2) обучить подростков техникам преодоления страха и других негативных переживаний;
- 3) повысить фрустрационную толерантность;
- 4) сформировать рациональное отношение к болезни (гармоничный тип);
- 5) укрепить уверенность в будущем.

Гипотеза работы: использование коррекционной программы позволит оптимизировать содержание интеллектуального компонента внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями.

Выборка: пациенты, находящиеся на стационарном лечении в ГАУЗ АО «Амурской областной клинической больнице».

Место проведения: игровая комната лечебного отделения, соответствующего определенной выборке.

Формы работы: мини-лекции, дискуссии, групповые и парные упражнения, шерринг, рефлексия.

Техники: когнитивно-бихевиоральная психотерапия с элементами символдрамы, релаксационной терапии и др.

Программа включает в себя 3 этапа.

- а) подготовительный;
- б) основной (содержательный);
- в) заключительный.

Таблица 1 – Этапы и содержание коррекционной программы

Этапы	Содержание	Количество занятий
Подготовительный	Определение специфики группы в соответствии с группой заболеваний. Подбор лекционно-дискуссионного материала. Организация времени и места проведения занятия. Проведение занятия, направленного на знакомство.	1 занятие (60 минут)
Основной (содержательный)	Проведение ряда занятий коррекционной программы для группы подростков одного из лечебных отделений.	10 занятий (12*90 минут)
Заключительный	Проведение заключительного занятия. Завершение курса коррекционной программы, подведение итогов, оценка эффективности проделанной работы.	1 занятие (60 минут)

Структура коррекционной работы:

Первый этап – первая неделя (3 занятия по 90 минут).

Цель: знакомство, снятие напряжения. К использованию представлены

упражнения, направленные на лучшее познание друг друга, преодоление барьеров общения, раскрепощение. Также предусмотрена мини-лекция, посвященная краткому освещению заболеваний, соответствующих лечебному отделению.

Второй этап – вторая неделя (3 занятия по 90 минут).

Цель: обучение борьбе со страхами, стрессом. Для использования предложены упражнения, повышающие самооценку, а также техники когнитивной терапии. Основной упор направлен на принятие себя, своего «Я» вместе с болезнью.

Третий этап – третья неделя (3 занятия по 90 минут).

Цель: повышение ресурса личности, обретение уверенности, осознанности, повышение фрустрационной толерантности. Предполагается использование упражнений, направленных на обретение ресурса, повышение сознательности, умение делать выбор, продуктивно переносить стрессовые ситуации.

Четвертый этап – четвертая неделя (3 занятия по 90 минут).

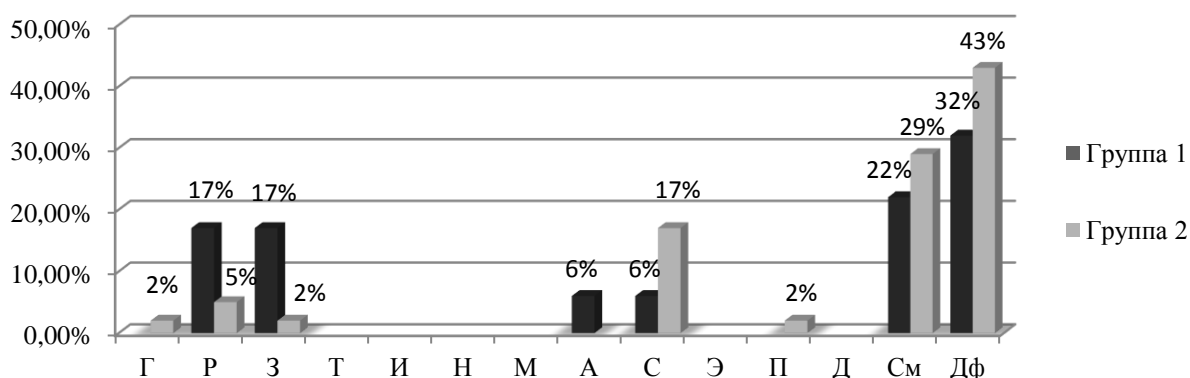
Цель: релаксация, уверенное состояние мысли. Все упражнения, которые планируется проводить на этом этапе, направлены на расслабление, умение совладать со своими мыслями и действиями.

Таким образом, данная программа коррекции направлена на достижение более полной осведомленности подростков о хронических и психосоматических заболеваниях, их причинах и последствиях, а также умение преодолевать страхи и другие негативные переживания, повышение фрустрационной толерантности личности, формирование рационального, гармоничного отношения к болезни и укрепление уверенности в будущем подростков, которые страдают психосоматическими заболеваниями. Однако данная коррекционная программа может быть применена и к подросткам, страдающим хроническими соматическими заболеваниями (приложение Е).

2.3 Анализ и интерпретация результатов исследования

В результате проведенного исследования по методике «Тип отношения

к болезни» на двух выборках было выявлено следующее (рисунок 1).



Примечания – Группа 1 – подростки, страдающие психосоматическими заболеваниями; Группа 2 – подростки с хроническими соматическими заболеваниями; Г – гармоничный тип; Р – эргопатический; З – анозогнозический; Т – тревожный; И – ипохондрический; Н – неврастенический; М – меланхолический; А – апатический; С – сенситивный; Э – эгоцентрический; П – паранойяльный; Д – дисфорический; См – смешанный; Дф – диффузный.

Рисунок 1 – Данные по методике «Тип отношения к болезни»

Как видно из рисунка 1, среди пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями, 17 % испытуемых свойственен эргопатический тип отношения к болезни в «чистом» виде, этому же числу пациентов свойственен «чистый» анозогнозический тип. Сенситивный тип в «чистом» проявлении встречается у 6 % испытуемых, апатический тип – так же у 6 %. У 22 % пациентов выявлен смешанный тип отношения к болезни, в состав которого входят два-три различных типа. Диффузный тип (то есть сочетание более трех типов шкал) отношения к болезни свойственен большинству испытуемых (32 %). Каждый из двенадцати типов проявился в составе смешанных и диффузных типов, кроме гармоничного, так как он диагностируется только как «чистый».

Такие показатели могут свидетельствовать о том, что лишь небольшой процент испытуемых обладает четко сформированным субъективным переживанием собственного заболевания. При этом оформленными типами отношения к болезни являются эргопатический, то есть «уход от болезни в деятельность», сверхответственное, подчас одержимое отношение к достижениям, и анозогнозический, то есть активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях. Данные типы отношения к болезни являются довольно распространенными и вполне адаптивными вариантами, свой-

ственными многим людям, однако такое поведение зачастую препятствует благополучному лечению и реабилитации.

Результаты исследования по этой же методике на группе подростков с хроническими соматическими заболеваниями выглядят следующим образом. «Чистый» сенситивный тип отношения к болезни свойственен 17 % испытуемых. 5 % пациентов обладают эргопатическим типом. По 2 % испытуемых разделили «чистые» гармоничный, паранойяльный, анозогнозический типы реагирования на болезнь. Смешанных типов в данной группе испытуемых оказалось 29 %. Диффузный тип отношения к болезни так же, как и в первой группе свойственен большинству пациентов, а именно 43 % испытуемых.

В данном случае заметна большая выраженность сенситивного типа реагирования на болезнь среди «чистых» типов, то есть данным пациентам свойственна чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Они склонны испытывать 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. Однако у большинства подростков все же еще не сформировано четкое отношение к своему заболеванию и проявляется смешанное реагирование на нее, что отражается в диффузном типе отношения к болезни.

Также необходимо обратить внимание на то, что такие типы отношения к болезни как тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, эгоцентрический и дисфорический не представлены в «чистом» виде ни в одной группе испытуемых, однако входят в состав смешанных и диффузных типов. Данный факт может говорить об особенностях всех болеющих подростков таким образом, что вышеперечисленные типы отношения к болезни не свойственны подростковому возрасту или свойственны в куда меньшей степени, чем другие. Однако это суждение требует дополнительно-

го исследования.

Исходя из полученных данных, можно отметить, что существуют некоторые отличия между двумя группами по типам отношения к болезни. Так, для группы подростков с психосоматическими заболеваниями больше свойственны «чистые» эргопатический и анозогнозический типы, в то время как вторая группа скорее склонна к сенситивному типу переживания болезни. Это может говорить о том, что в зависимости от происхождения заболевания существуют определенные различия в процессе формирования типа отношения к заболеванию.

Таким образом, можно сказать, что подросткам с психосоматозами скорее свойственно «убегание» от факта болезни, отрицание ее тяжести, наличия и важности для здоровья, напротив, подростков с соматической формой происхождения заболевания заботит то, что окружающие будут думать о них, как станут относиться к их недугу, смогут ли врачи помочь им в сложившейся ситуации и будет ли лечение успешным.

Это может быть связано с природой заболевания подростка таким образом, что пациенты с психосоматическими расстройствами отказываются признавать психическую природу своего заболевания, а вернее, даже не задумываются о такой возможности. Им может быть спокойнее отрицать наличие болезни и степень ее тяжести, чем начать задумываться и рассуждать о том, что могло бы привести к такому результату. Тот факт, что в большинстве случаев врачи не могут найти четкий органический источник заболевания, может укреплять позицию человека в отказе принятия факта болезни.

Для выявления значимости различий между выборками использовался U-критерий Манна-Уитни. Проводится анализ с использованием результатов, полученных в ходе исследования по методике «Тип отношения к болезни», используется сравнение двух выборок испытуемых подростков. Для этого вычисляется $U_{эмп.}$ (приложение Д). Результаты расчета представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты U-критерия Манна-Уитни по методике «Тип отношения к болезни»

Тип отношения к болезни	U _{эмп.}	U _{кр.} при n1=18 и n2=42	
		p≤0.01	p≤0.05
Гармоничный	360	233	275
Эргопатический	307		
Анозогнозический	300.5		
Тревожный	286		
Ипохондрический	239.5		
Неврастенический	229.5		
Меланхолический	187		
Апатический	217.5		
Сенситивный	285		
Эгоцентрический	349.5		
Панойяльный	324		
Дисфорический	309.5		

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что по гармоничному, эргопатическому, анозогнозическому, тревожному, сенситивному, эгоцентрическому, паранойяльному, дисфорическому типам уровень различий не значим. В то же время по ипохондрическому, неврастеническому, меланхолическому, апатическому типам отношения к болезни уровень различий значим.

Сравнивая средние значения, полученные в результате исследования при помощи методики «Тип отношения к болезни» по шкалам ипохондрического, неврастенического, меланхолического, апатического типов, можно сказать, что во второй группе, то есть у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями, показатели выше, а это означает большую склонность испытуемых второй группы к проявлению данных типов отношения к болезни. Следовательно, значимые различия между двумя группами существуют только по вышеперечисленным шкалам. Однако данные типы проявляются во второй группе в составе смешанных и диффузных типов, тогда как в «чи-

стом» виде не выступают ни в одной выборке.

В результате проведенного исследования по методике «Индекс жизненного стиля» на группе пациентов с психосоматическими заболеваниями было выявлено следующее (рисунок 2).

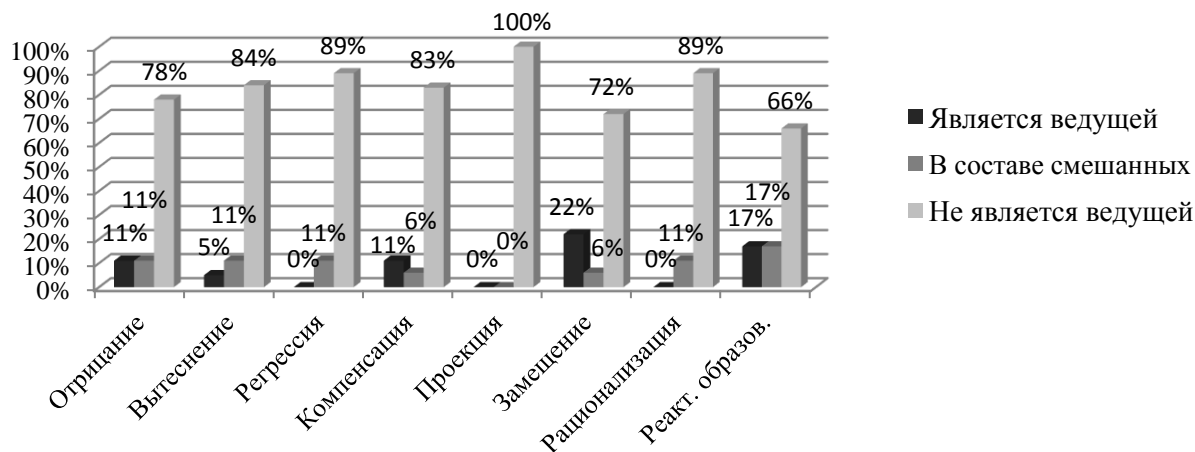


Рисунок 2 – Данные по методике «Индекс жизненного стиля» (для группы подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями)

Такая психологическая защита как «отрицание» в чистом виде выступает ведущей у 11 % испытуемых, также, как и в составе с другими видами защит, а в 78 % случаев не является ведущей. «Вытеснение» является ведущей в чистом виде у 5 % исследованных подростков, а в составе с другими защитами выступает в 11 % случаев, у 84 % испытуемых она не является напряженной. Психологическая защита «регрессия» не является единственно ведущей ни у одного пациента, однако входит в состав смешанных защит у 11 %, слабое напряжение этой защиты выявлено у 89 % испытуемых. Механизм психологической защиты «компенсация» является высоконапряженным у 11 % подростков, выявляется в составе с другими защитами у 6 %, имеет слабую напряженность в 83 % случаев. «Проекция» не является единственно напряженной ни у одного испытуемого, а также не входит в состав смешанных защит. Такая психологическая защита как «замещение» выступает в качестве единственно максимально напряженной у 22 % подростков, в составе с другими защитами проявляется в 6 % случаев, имеет слабую напряженность у 72 % испытуемых. «Интеллектуализация», или «рационализация», в чистом виде напряженной в данной группе не выступает, однако входит в со-

став смешанных защит у 11 % пациентов, слабую напряженность имеет у 89 %. Механизм психологической защиты «реактивные образования» выступает единственно высоконапряженной у 17 % подростков, является составляющей в смешанных психологических защитах в 17 % случаев, у 66 % испытуемых данная психологическая защита является слабо напряженной.

Следовательно, для первой группы в большинстве случаев ведущей является психологическая защита «замещение», что может быть связано с некоторой психологической и интеллектуальной слабостью психосоматических пациентов, им проще реализовать свои негативные переживания в более безопасных условиях, чем проявить открытость и выразить их непосредственно в момент возникновения. Отчасти это может быть связано с проявлением невозможности выразить свои чувства, которая, в свою очередь, способна приводить к формированию психосоматических расстройств. Важно также отметить, что такая психологическая защита как «проекция» не свойственна ни одному испытуемому данной группы, а также не входит в состав смешанных видов защит. Это может быть связано со способностью данной категории людей справляться с собственными стремлениями и переживаниями, не прибегая к приписыванию своих чувств другим людям. Такая способность может говорить о высокой степени рефлексии и самопознания испытуемых.

Результаты исследования по методике «Индекс жизненного стиля» на группе подростков с хроническими соматическими заболеваниями выглядят следующим образом (рисунок 3).

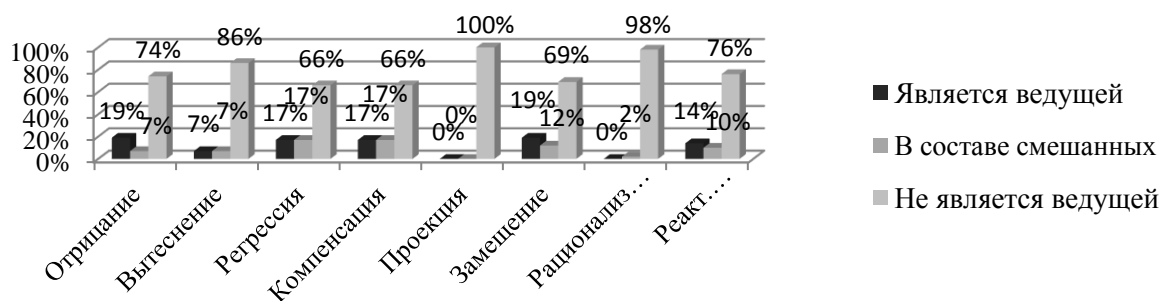


Рисунок 3 – Данные по методике «Индекс жизненного стиля» (для группы подростков с хроническими соматическими заболеваниями)

Психологическая защита «отрицание» выступает в качестве

единственной максимально напряженной среди 19 % испытуемых, входит в состав смешанных механизмов защит у 7 %, не является высоконапряженной у 74 % подростков. У 7 % испытуемых ведущей в чистом виде выступает защита «вытеснение», у такого же количества подростков она является частью смешанной защиты, у 86 % данная защита не является высоконапряженной. «Регрессия» в чистом виде выступает ведущей у 17 % испытуемых, смешана с другими защитами так же у 17 %, не является значительно напряженной в 66 % случаев. «Компенсация», как механизм психологической защиты является ведущей у 17 % подростков данной группы, в качестве состава смешанного вида защиты выявлена так же у 17 %, у 66 % пациентов данная психологическая защита не является ведущей. Психологическая защита «проекция» не является единственно напряженной ни у одного испытуемого, а также не входит в состав смешанных защит. «Замещение» в чистом виде представлено в качестве ведущей защиты у 19 % испытуемых, входит в состав смешанного вида психологических защит у 12 %, в 69 % случаев не является ведущей. «Рационализация», в чистом виде напряженной в данной группе не выступает, однако входит в состав смешанных защит у 2 % подростков, слабую напряженность имеет у 98 %. Механизм психологической защиты «реактивные образования» является ведущей в чистом виде у 14 % испытуемых, у 10 % подростков она является составляющей частью смешанного вида, у 76 % данная психологическая защита не является ведущей.

Такие результаты могут свидетельствовать о том, что первой группе в большей степени свойственно проявление психологической защиты «замещение», чем второй. Однако у второй группы данная защита также является одной из ведущих.

Соматически болеющих подростков отличает также выраженность психологических защит «регрессия» и «компенсация», что может свидетельствовать об их отличии от пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями, наличием таких проявлений, как

непосредственность, использование более простых и привычных поведенческих стереотипов, попыток найти подходящую замену реального или воображаемого недостатка, нестерпимого чувства другим качеством с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, достоинств, ценностей, поведенческих характеристик другой личности. Данные проявления могут быть связаны с меньшей способностью испытуемых второй группы к рефлексии и самопознанию, склонности скорее объяснять все для себя общепринятыми закономерностями.

В то время как первая группа испытуемых скорее склонна к проявлению защит «замещение» и «реактивные образования», что выражается в их стремлении разряжать подавленные эмоции путем направления их на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства, а также предотвращать выражение неприятных или неприемлемых мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Эти особенности могут быть связаны с проявлением алекситимии у данных подростков, а также неспособностью к открытому проявлению искренних эмоциональных реакций. Две эти психологические защиты могут дополнять друг друга, образуя довольно сильный механизм предотвращения травмирования личности. Также данные виды защит могут быть взаимосвязаны со свойственными этой группе испытуемых типами отношения к болезни, выражающимися в стремлении не придавать большого значения собственной болезни и отрицать ее наличие и серьезность. Одним словом, тип отношения к болезни может проявляться и непосредственно через объективные характеристики психологических защит. Таким образом, все это может говорить о наличии различий между испытуемыми группы подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями и группы подростков с хроническими соматическими заболеваниями.

Для выявления значимости различий использовался U-критерий Манна-Уитни. Проводится анализ с использованием результатов,

полученных в ходе исследования по методике «Индекс жизненного стиля». Результаты расчета $U_{\text{эмп.}}$ по U-критерию Манна-Уитни представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Результаты U-критерия Манна-Уитни по методике «Индекс жизненного стиля»

Тип защиты	$U_{\text{эмп.}}$	$U_{\text{кр.}}$ при $n_1=18$ и $n_2=42$	
		$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
Отрицание	368	233	275
Вытеснение	329.5		
Регрессия	352		
Компенсация	328.5		
Проекция	286.5		
Замещение	356.5		
Рационализация	283		
Реактивные образования	328		

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что в результате проведения данной методики, по всем шкалам механизмов психологических защит уровень различий не значим. Это может свидетельствовать как о том, что различий между группами подростков с разными видами заболеваний не существует, так и о том, что различия по данным критериям не свойственны подросткам. То есть полученные показатели напряженности психологических защит свойственны всей категории людей подросткового возраста в принципе. Однако это суждение нуждается в дополнительном исследовании и подтверждении. Сравнивая средние показатели результатов по методике «Индекс жизненного стиля» также можно отметить, что они практически не различаются между собой, а те различия, которые имеются, незначительны.

Полученные в ходе проведенного исследования данные по методике «Диагностика иррациональных установок» на группе испытуемых, страдаю-

щих психосоматическими заболеваниями, выглядят следующим образом (рисунок 4).

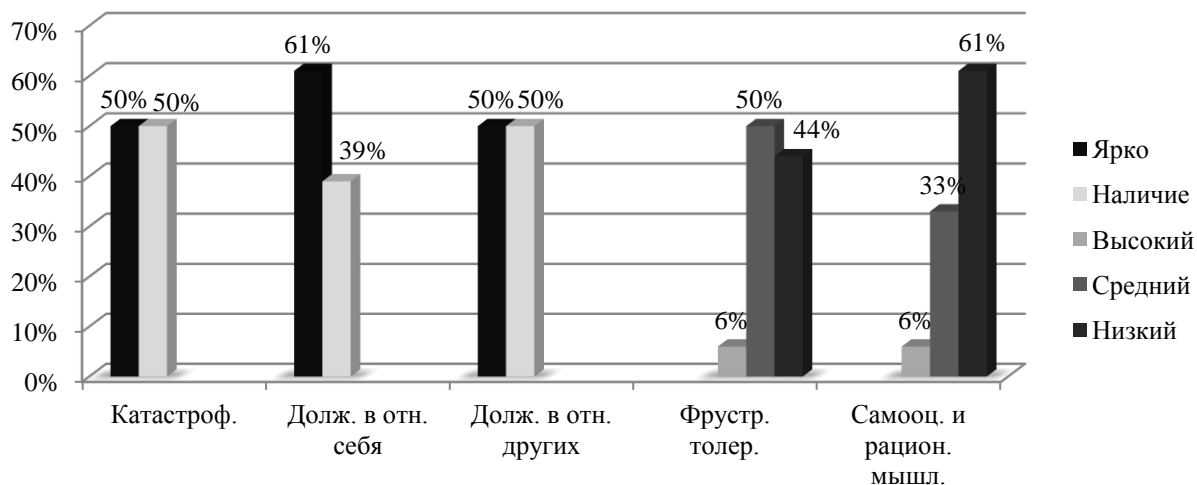


Рисунок 4 – Данные по методике «Диагностика иррациональных установок» (для группы подростков с психосоматическими заболеваниями)

У подростков данной группы такой вид установки как «катастрофизация» выражен ярко и в средней степени с вероятностью возникновения стресса в равных пропорциях (по 50 %). То есть у половины испытуемых данная иррациональная установка выражена настолько сильно, что может вызывать дезадаптацию, а у второй половины она имеется, однако еще не приводит к дезадаптации. «Долженствование в отношении себя» ярко выражено у 61 % испытуемых, среди 39 % выявлено наличие иррациональной установки и вероятность возникновения стресса. Иррациональная установка «долженствование в отношении других» ярко выражена у 50 % испытуемых, у такого же числа подростков выявлено наличие иррациональной установки и вероятность возникновения стресса. Высоким уровнем фрустрационной толерантности обладают 6 % исследованных подростков, у 50 % обнаружен средний уровень и 44 % обладают низким уровнем фрустрационной толерантности. Высокий уровень самооценки и рациональности мышления выявлен у 6 % испытуемых, 33 % имеют средний уровень, низкий уровень самооценки свойственен 61 % подростков.

Высокий показатель по шкале «долженствование в отношении себя» говорит о слишком требовательном отношении к собственной личности,

стремлении достичь успеха, совершенства во всем. Данные характеристики свойственны также эргопатическому типу отношения к болезни, который является ведущим у большинства подростков данной группы. Данный факт подтверждает наличие таких особенностей у подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями, а также говорит о наличии взаимосвязи наличия и выраженности иррациональных установок с типом отношения к болезни. Также большинству подростков данной группы свойственна низкая самооценка и рациональность мышления, что и приводит к формированию и закреплению иррациональных установок личности.

Результаты исследования по этой же методике на группе подростков с хроническими соматическими заболеваниями следующие (рисунок 5).

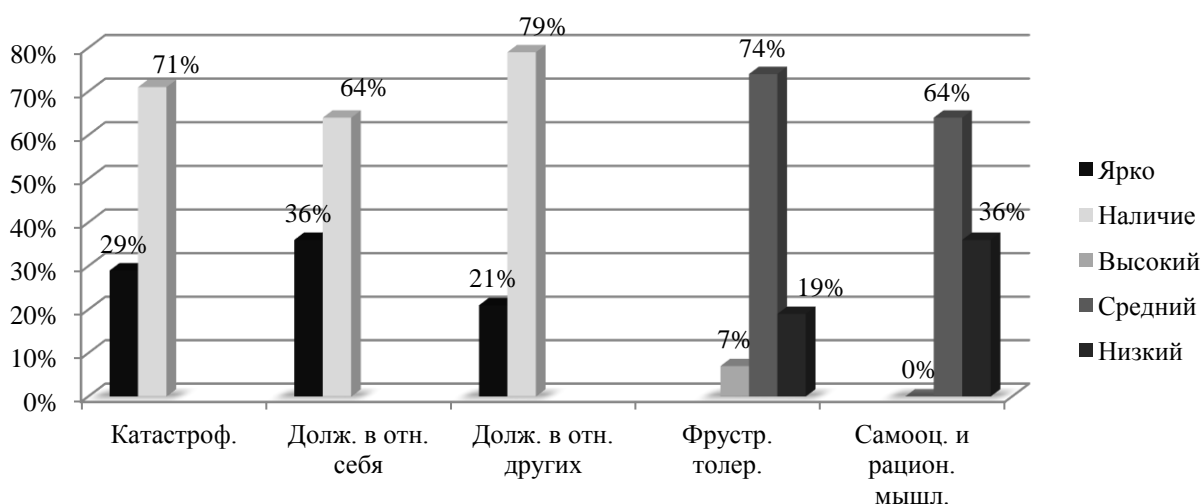


Рисунок 5 – Данные по методике «Диагностика иррациональных установок» (для группы подростков с хроническими соматическими заболеваниями)

Иррациональная установка «катастрофизация» ярко выражена у 29 % испытуемых, наличие и вероятность возникновения стресса у 71 %. Ярко выраженной установка «долженствование в отношении себя» является у 36 % подростков, у 64 % выявлено наличие иррациональной установки и вероятность возникновения стресса. Установка «долженствование в отношении других» ярко выраженной является в 21 % случаев, среди 79 % выявлено наличие иррациональной установки. Высоким уровнем фрустрационной толерантности в данной группе обладают 7 % испытуемых, средним – 74 %, низким – 19 %. Уровень самооценки и рациональности мышления у 64 %

подростков средний, у 36 % – низкий.

В данной группе испытуемых также большинство подростков обладает ярко выраженной установкой «долженствование в отношении себя», однако число таких детей значительно ниже. Что может говорить о большей адаптированности данных пациентов и большей рациональности их мышления. Также в данной группе значительно выше показатели фрустрационной толерантности и самооценки, что также является важным фактором в формировании иррациональных установок и типов отношения к болезни.

Полученные результаты могут свидетельствовать о том, что существуют определенные различия между уровнем выраженности и наличием иррациональных установок в двух группах. По данным графиков видно, что первая группа обладает более ярко выраженными показателями по шкалам иррациональных установок личности. Все показатели по шкалам «катастрофизация», «долженствование в отношении себя», «долженствование в отношении других» выше в первой группе почти в два раза. Это может указывать на высокую степень участия когнитивной сферы подростков, искаженной посредством развития иррациональных установок, в процессе формирования субъективного переживания болезни, а также, вероятно, в истоках самого формирования заболевания.

Также стоит отметить, что уровень фрустрационной толерантности в группе хронически соматически больных выше, это значит, что они более устойчивы к стрессу и стрессовым ситуациям в жизни, что тоже может быть объяснено большей адаптированностью данных подростков благодаря менее выраженному проявлению иррациональных установок. Видимые различия также присутствуют в уровне самооценки и рациональности мышления подростков двух групп. В первой группе большей части подростков свойственен низкий уровень самооценки, в то время как во второй группе больше подростков со средним уровнем. Можно предположить, что существует зависимость уровня стрессоустойчивости и самооценки, а также способности мыслить рационально. При низком уровне фрустрационной

толерантности снижен и уровень самооценки.

Для выявления значимости различий между выборками использовался U-критерий Манна-Уитни. Проводится анализ с использованием результатов, полученных в ходе исследования по методике «Диагностика иррациональных установок». Результаты расчета представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Результаты U-критерия Манна-Уитни по методике «Диагностика иррациональных установок»

Название	U _{эмп.}	U _{кр.} при n1=18 и n2=42	
		p≤0.01	p≤0.05
Катастрофизация	243	233	275
Долженствование в отношении себя	240.5		
Долженствование в отношении других	301		
Фрустрационная толерантность	235		
Самооценка и рациональность мышления	233		

Анализ полученных данных позволяет сделать вывод, что по иррациональной установке «долженствование в отношении других» уровень различий не значим. Однако по остальным шкалам («катастрофизация», «долженствование в отношении себя», «фрустрационная толерантность», «самооценка и рациональность мышления») уровень различий значим. Сравнение средних показателей двух групп по данной методике, где средний балл по всем критериям выше во второй группе испытуемых, также указывает на более высокие показатели по шкалам в первой группе, а значит, подтверждает значимость различий в выборках по данной методике. Такие результаты могут говорить о том, что по категории наличия и выраженности иррациональных

установок были выявлены специфические для группы подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями, особенности. Они выражаются в наличии и яркой выраженности всех видов иррациональных установок, особенно такой установки как «долженствование в отношении себя», а также низком уровне фрустрационной толерантности, самооценки и рациональности мышления. Данные особенности могут являться как факторами развития психосоматического заболевания, так и личностными особенностями подростков, сформировавшимися в процессе развития личности под воздействием неблагоприятной среды.

Таким образом, можно предположить, что по выраженности и по использованию подростками с психосоматическими заболеваниями и хроническими соматическими заболеваниями психологических защит значимых различий не наблюдается. Это может объясняться тем, что сама по себе психологическая защита выступает скорее, как свойство личности, способ поступать сознательно и бессознательно тем или иным образом, и не связана с такой категорией как соматическое здоровье. Анализируя полученные данные по типам отношения к болезни так же можно сделать вывод, что отличия больше связаны с личностными характеристиками личности подростков, чем с генезом их заболевания. Однако нельзя отрицать возможную связь особенностей психологических защит человека, содержания его когнитивного компонента личности и процессом формирования у него того или иного типа отношения к болезни. Наиболее выраженными оказались отличия в содержании и выраженности иррациональных установок испытуемых, а также уровнях фрустрационной толерантности, самооценки и рациональности мышления.

В итоге проведенной работы могут быть сделаны выводы о том, что ведущими типами отношения к болезни в группе подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями, являются эргопатический и анозогнозический, однако преобладающими все же выявлены смешанный и диффузный типы. Наиболее напряженными механизмами психологической защиты лич-

ности в данной группе испытуемых являются «замещение» и «реактивные образования». Ярко выраженными иррациональными установками личности являются «долженствование в отношении себя», «катастрофизация» и «долженствование в отношении других». Также был выявлен низкий уровень фрустрационной толерантности, самооценки и рациональности мышления.

Значимые отличия данной группы подростков от второй заключаются в меньшей включенности ипохондрического, неврастенического, меланхолического и апатического типов отношения к болезни в структуру смешанных и диффузных типов, по сравнению с группой подростков с хроническими соматическими заболеваниями. А также в большей, чем во второй группе, выраженности и наличии иррациональных установок личности, низком уровне фрустрационной толерантности, самооценки и рациональности мышления, ведущих к возможности дезадаптации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психосоматические расстройства у подростков сопровождаются определенной симптоматикой и внутренним переживанием болезни. При разных хронических заболеваниях у детей формируется своеобразное отношение к своей болезни. Подросток и его семья обычно относят симптомы к органическому заболеванию, не задумываясь о социальных и психологических факторах. Однако зачастую направленность вмешательства именно на эти факторы очень важна для улучшения симптоматики. В подростковом возрасте уже начинает формироваться внутренняя картина заболевания, усиливается тревожность, дети начинают осознавать ценность жизни и здоровья.

Внутренняя картина болезни всегда имеет свои особенности, связанные с различными факторами, такими как личностная характеристика личности, отношение близких людей и врачей к болезни, социальная ситуация развития человека, его ресурсный потенциал и многими другими. Подростки, страдающие психосоматическими заболеваниями, вследствие ситуации болезни отличаются от здоровых сверстников особенностями не только физического, но и психического развития. Серьезное и длительное соматическое нарушение приводит к стойким изменениям внутреннего мира подростка и всего его психического облика. Вследствие этого у человека формируется определенная внутренняя картина болезни, которая может быть наполнена разнообразными иррациональными убеждениями, идеями, мыслями. Иррационально сформированное отношение к болезни может приводить к дезадаптации личности и сильно мешать лечению и реабилитации подростков с хроническими психосоматическими заболеваниями.

В итоге проведенной работы могут быть сделаны выводы о том, что ведущими типами отношения к болезни в группе подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями, являются эргопатический и анозогностический, однако преобладающими все же выявлены смешанный и диффузный типы. Наиболее напряженными механизмами психологической защиты лич-

ности в данной группе испытуемых являются «замещение» и «реактивные образования». Ярко выраженными иррациональными установками личности являются «долженствование в отношении себя», «катастрофизация» и «долженствование в отношении других». Также был выявлен низкий уровень фрустрационной толерантности, самооценки и рациональности мышления.

Следовательно, среди особенностей интеллектуального компонента внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями, можно выделить наличие и яркую выраженность иррациональных установок личности («катастрофизация», «долженствование в отношении себя», «долженствование в отношении других»), а также преобладание низкого уровня фрустрационной толерантности, самооценки и рациональности мышления. Преобладающими типами отношения к болезни в данной группе являются смешанный и диффузный тип, а также в «чистом» виде выступают эгопатический и анозогнозический типы. Среди ведущих психологических защит личности значительных особенностей выявлено не было.

Таким образом, в ходе проведенного исследования был произведен комплексный анализ сходства и различий признаков между группами выборки. Были выявлены особенности для двух групп подростков по категориям типа отношения к болезни, иррациональных установок и психологических защит. Также была разработана программа психологической коррекции интеллектуального компонента внутренней картины болезни подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями, включающая в себя упражнения, воздействующие на содержание интеллектуального компонента переживания болезни.

По результатам проведенных исследований и их статистической обработки было выявлено, что гипотеза подтверждена частично.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Агапитов, Л.И. Ингибиторы АПФ в комплексном лечении легочной гипертензии у детей с хронической бронхолегочной патологией / Л.И. Агапитов, Ю.М. Белозеров, Ю.Л. Мизерницкий // Педиатрия. – 2008. – Т. 87. – № 2. – С. 90-94.
- 2 Акарачкова, Е.С. Роль вегетативной нервной системы в патогенезе головной боли напряжения: автореф. дис. ... д-ра мед.наук / Е.С. Акарачкова. – М., 2012. – 48 с.
- 3 Акарачкова, Е.С. Синдром вегетативной дистонии у детей и подростков. / Е.С. Акарачкова, С.В. Вершинина // Педиатрия им. Г.М. Сперанского. – 2011. – № 6. – С. 30-34.
- 4 Аксенова, И.А. Прогнозирование частых заболеваний у детей экологически неблагоприятного региона / И.А. Аксенова, А.А. Джумагазиев, Д.А. Безрукова // Вопросы диагностики в педиатрии. – 2009. – Т. 1. – № 2. – С. 62-68.
- 5 Бабкина, Л.М. Оценка предотвратимых потерь здоровья у детей при болезнях органов дыхания / Л.М. Бабкина // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: материалы Восьмого всерос. конгресса (г. Москва, 20-22 октября 2009 г.). – М., 2009. – С. 204-205.
- 6 Бахтояров, С.Е. Понятие внутренней картины болезни [Электронный ресурс] / С.Е. Бахтояров. – Режим доступа: <http://scicenter.online/psihosomatika-scicenter/ponyatie-vnutrennyaya-kartina-bolezni-130757>. – 20.11.2017.
- 7 Белов, В.Г. Детерминанты внутренней картины болезни у больных с хроническим пульпитом / В.Г. Белов, С.Д. Колесников, А.А. Парфенова // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2009. – Т. 3. – С. 15-18.
- 8 Боговин, Л.В. Взаимосвязь мотивационных особенностей личности и типов отношения к болезни у больных бронхиальной астмой / Л.В. Бого-

вин, А.С. Водолазская // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2012. – № 46. – С. 30-34.

9 Бондаренко, С.М. Особенности внутренней картины болезни у детей и подростков, больных сахарным диабетом I типа / С.М. Бондаренко [и др.] // Педиатрия. – 2007. – № 4. – С. 15-18.

10 Валеева, Ж.А. Типы отношения к болезни у детей подросткового возраста с хроническим гастродуоденитом / Ж.А. Валеева, Л.В. Яковлева // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – Т. 17. – № 1. – С. 154-155.

11 Вовненко, К.Б. Исследование внутренней картины болезни детей младшего школьного возраста, больных сахарным диабетом 1-го типа / К.Б. Вовненко // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2008. – № 88. – С. 67-71.

12 Волков, Б.С. Психология подростка / Б.С. Волков. – 5-е изд.– СПб: Питер, 2010. – 240 с.

13 Волков, И.К. Антиоксидантная терапия при хронических заболеваниях легких у детей / И.К. Волков // Пульмонология детского возраста: проблемы и решения / под ред. Ю.Л. Мизерницкого, А.Д. Царегородцева. – М, 2007. – Вып. 7. – С. 70-73.

14 Выготский, Л.С. Психология развития. Избранные работы / Л.С. Выготский. – М.: Юрайт, 2017. – 512 с.

15 Гирш, Я.В. Влияние территориальных особенностей на формирование аффективных расстройств у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа / Я.В. Гирш, Н.А. Миронова, О.А. Гильбурд // Сахарный диабет. – 2010. – № 4. – С. 107-108.

16 Заваденко, Н.Н. Клинические проявления и лечение синдрома вегетативной дисфункции у детей и подростков / Н.Н. Заваденко, Ю.Е. Нестеровский // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2012. – Т. 91. – № 2. – С. 92-101.

17 Зинченко, В.П. Большой психологический словарь / В.П. Зинченко, Б.Г. Мещеряков. – АСТ-Москва; Прайм-Еврознак; Москва. – 2008. – 816 с.

18 Ильенкова, Н.А. Влияние факторов риска на возникновение бронхолегочной патологии у детей / Н.А. Ильенкова // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: сб. материалов IV Рос. конгресса. – М., 2007. – С. 224-225.

19 Ильенкова, Н.А. Структура бронхолегочной патологии у детей в Красноярском крае / Н.А. Ильенкова, О.А. Ярусова // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: сб. материалов IV Рос. конгресса. – М., 2007. – С. 225-226.

20 Ипатов, А.В. Феномен личностных особенностей реагирования подростка-инвалида на внутреннюю картину болезни / А.В. Ипатов, А.Г. Кириченко, К.А. Суганяк // Украинский государственный научно-исследовательский институт. Европейская ассоциация педагогов и психологов «Science». – 2015. – № 3. – С. 12-14.

21 Ишмухаметов, А. Внутренняя картина болезни в психологической характеристике лиц с органиченными возможностями / А. Ишмухаметов, Н.И. Исмаилова // International journal of experimental education. – 2011. – № 8. – С. 54.

22 Кашина, Е.В. Клинико-морфологические особенности врожденных пороков развития центральной нервной системы в онтогенезе у детей: автореф. дис. ... канд. мед.наук / Е.В. Кашина. – Хабаровск, 2008. – 29 с.

23 Ковалевский, В.А. Соматически больной ребёнок: специфика социально-психологического развития (результаты комплексного исследования) / В.А. Ковалевский, О.В. Груздева // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. – 2010. – № 3. – С. 115-122.

24 Кожохина, С.К. Внутренняя картина болезни и здоровья в рисунках детей с сахарным диабетом [Электронный ресурс] / С.К. Кожохина, А.И. Копытин // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – № 3. – Режим доступа: <http://medpsy.ru>. – 03.12.2017.

25 Копытин, А.И. Системная арт-терапия: теоретическое обоснование,

методология применения, лечебно-реабилитационные и дестигматизирующие эффекты: автореф. дис. ... д-ра мед.наук / А.И. Копытин. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2010. – 50 с.

26 Крайг, Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб., 2010. – 987 с.

27 Кузнецова, С.О. Психологические особенности агрессивности в подростковом возрасте / С.О. Кузнецова // Вестник славянских культур. Психология. – 2010. – 37 с.

28 Куртанова, Ю.Е. Внутренняя картина болезни детей и подростков с лимфостазом [Электронный ресурс] / Ю.Е. Куртанова // Электронный журнал «Психологическая наука и образование». – 2012. – № 4. – С. 5-8. – Режим доступа: www.psyedu.ru. – 15.11.2017.

29 Лурия, Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания [Электронный ресурс] / Р.А. Лурия. – Режим доступа: <https://www.twirpx.com/file/376999>. – 03.12.2017.

30 Малкина-Пых, И.Г. Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: ЭКСМО, 2008. – 992 с.

31 МКБ-10 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mkb10.ru> – 01.12.2017.

32 Мотовилин, О.Г. Психологические эффекты достижения компенсации сахарного диабета 1 типа у пациентов молодого возраста / О.Г. Мотовилин [и др.] // Сахарный диабет. – 2010. – № 1. – С. 66-76.

33 Мухаметзянов, И.Ш. Взаимосвязь здоровья и психики детей и молодежи в условиях современной социально-экономической ситуации / И.Ш. Мухаметзянов, Г.У. Матушанский, О.В. Фролова // Казанский педагогический журнал. – 2008. – № 5. – С. 61-69.

34 Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». – 3-е изд., исправл. и доп. – М.: Издательский дом «Атмосфера», 2008. – 108 с.

35 Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику [Электронный ресурс] / В.В. Николаева. – Режим доступа:

<http://vprosvet.ru/biblioteka/nikolaeva-vliyanie-hronicheskoy-bolezni-na-psihiku>. – 15.11.2017.

36 Николаева, В.В. Психосоматика: телесность и культура / под ред. Николаевой. – М.: Академический проект, 2009. – 320 с.

37 Орлова, М.М. Перцепция здоровья и болезни как выражение адаптационных стратегий / М.М. Орлова // Известия саратовского университета. – 2010. – Т. 10. – № 1. – С. 87-91.

38 Петрова, Г. Состояние местного иммунитета при хронических заболеваниях легких у детей / Г. Петрова, П. Переновская, В. Улевинов // Пульмонология детского возраста: проблемы и решения / под ред. Ю.Л. Мизерницкого, А.Д. Царегородцева. – М., 2007. – Вып. 7. – С. 91.

39 Райс, Ф. Психология подросткового и юношеского возраста / Ф. Райс, К. Долджин. – Питер, 2010. – 816 с.

40 Рассказова, Е.И. Понятие саморегуляции в психологии здоровья: новый подход или область применения / Е.И. Рассказова // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2014. – Т. 7. – № 1. – С. 43-56.

41 Розина, Н.Н. Рабочая классификация основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей / Н.Н. Розина [и др.] // Трудный пациент. – 2009. – Т. 7. – № 1-2. – С. 35-39.

42 Романова, В.В. Внутренняя картина болезни как фактор социализации в подростковом возрасте / В.В. Романова // Ученые записки Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского. Социология. Педагогика. Психология. – 2016. – № 3. – С. 108-113.

43 Свистунова, Е.В. Структура и возрастные особенности внутренней картины болезни / Е.В. Свистунова // Педиатрия. – 2010. – № 2. – С. 20-23.

44 Свистунова, Е.В. Как ребёнок воспринимает болезнь / Е.В. Свистунова // Медицинская сестра. – 2012. – № 2. – С. 47-52.

45 Сирота, Н.А. Внутренняя картина болезни в контексте субъективной реальности болеющего индивидуума [Электронный ресурс] / Н.А. Сирота, М.А. Ярославская // Медицинская психология в России: электрон. науч.

журн. – 2011. – № 2. – Режим доступа: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru). – 15.11.2017.

46 Сирота, Н.А. Психодиагностика базисных убеждений о болезни (Результаты апробации русскоязычной версии опросника когнитивных представлений о болезни) / Н.А. Сирота, Д.В. Московченко // Национальный психологический журнал. – 2014. – № 2. – С. 72-81.

47 Соложенкин, В.В. Психология в соматической клинике, психотерапия и социальная реабилитация [Электронный ресурс] / В.В. Соложенкин. – Режим доступа: <http://medpsy.ru/meds/meds320>. – 29.11.2017.

48 Строкова, Е.В. Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самоотношения пациенток, перенёсших инфаркт миокарда на регулярность и приверженность к длительной терапии ишемической болезни сердца / Е.В. Строкова, Е.А. Наумова, Ю.Г. Шварц // Современные исследования социальных проблем. – 2012. – № 1. – С. 169-190.

49 Стукалина, О.П. Прогностическое значение субъективного представления о болезни / О.П. Стукалина // Медицина и образование в Сибири. – 2008. – № 4. – С. 14.

50 Татрова, А.С. Внутренняя картина болезни [Электронный ресурс] / А.С. Татрова. – Режим доступа: <https://www.monographies.ru/ru/book/section?id=3156>. – 20.11.2017.

51 Трусова, С.С. Особенности личности и поведения соматически ослабленных детей [Электронный ресурс] / С.С. Трусова. – Режим доступа: https://superinf.ru/view_helpstud.php?id=2302. – 25.11.2017.

52 Туран, Н.К. Анализ внутренней модели болезни подростков-инвалидов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата [Электронный ресурс] / Н.К. Туран // Актуальные вопросы современной психологии: материалы IV Междунар. науч. конф. – Краснодар: Новация, 2017. – С. 38-41. – Режим доступа: <https://moluch.ru/conf/psy/archive/237/11709>. – 20.11.2017.

53 Тхостов, А.Ш. Социальные факторы нарушения телесной регуляции / А.Ш. Тхостов, Е.И. Рассказова, И.В. Плужников // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием. Клиническая

психология в здравоохранении и образовании. Сборник материалов. – МГМСУМ, 2011. – С. 261-267.

54 Ускова, А.В. Особенности развития и оптимизация диагностики и лечения хронического бронхита у детей и подростков [Электронный ресурс] / А.В. Ускова. – Режим доступа: <http://www.dissercat.com/content/osobennosti-razvitiya-i-optimizatsiya-diagnostiki-i-lecheniya-khronicheskogo-bronkhita-u-det>. – 15.11.2017.

55 Фельдштейн, Д.И. Возрастная и педагогическая психология: Избранные психологические труды / Д.И. Фельдштейн. – М.: МПСИ, 2012. – 427 с.

56 Фролова, О.В. Психологические особенности больных хроническими соматическими заболеваниями / О.В. Фролова // Казанский педагогический журнал. Медицина и здравоохранение. – 2009. – № 3 – С. 8-10.

57 Цветкова, И.В. Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья / И.В. Цветкова // Психологические исследования. – 2012. – № 1. – С. 16-18.

58 Цветкова, М.М. Факторы риска и прогнозирование развития респираторной патологии у юношей-подростков: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.М. Цветкова. – Хабаровск, 2007. – 23 с.

59 Челпанов, В.Б. Феномены внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья как конкурирующие и взаимодополняющие психические реальности / В.Б. Челпанов // Учёные записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. – 2009. – № 3. – С. 147-155.

60 Чурина, К.И. Внутренняя картина болезни и совладающее поведение подростков с хроническими соматическими заболеваниями. Введение в проблему / К.И. Чурина // Психология телесности: теоретические и практические исследования. – 2009. – С. 240-242.

61 Шинина, Т.В. Психология инвалидности: проблемы и основные направления исследования / Т.В. Шинина // Актуальные проблемы психоло-

гического знания. – 2011. – № 1. – С. 87-93.

62 Ялтонский, В.М. Субъективное восприятие болезни как угрозы у больных раком предстательной железы / В.М. Ялтонский, Л.Н. Богданова // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием. Клиническая психология в здравоохранении и образовании. Сборник материалов. – МГМСУМ, 2011. – С. 9-12.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Методика «Тип отношения к болезни»

Инструкция: «Ниже приведён ряд утверждений, касающихся Вашего заболевания, самочувствия, а также некоторых аспектов жизни в целом. Пожалуйста, отметьте утверждения, которые Вы считаете верными в отношении себя. В каждом разделе, отмеченном римской цифрой, Вы можете сделать не более двух выборов».

I. Самочувствие

1. С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие
2. Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил
3. Дурное самочувствие я стараюсь перебороть
4. Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим
5. У меня почти всегда что-нибудь болит
6. Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений
7. Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей
8. Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания
9. Мое самочувствие вполне удовлетворительно
10. С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски
11. Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие
12. Ни одно из определений мне не подходит

II. Настроение

1. Как правило, настроение у меня очень хорошее
2. Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным
3. У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем
4. Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти
5. Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение
6. Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия
7. У меня стало совершенно безразличное настроение
8. У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим
9. У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев
10. Малейшие неприятности сильно огорчают меня
11. Из-за болезни у меня все время тревожное настроение
12. Ни одно из определений мне не подходит

III. Сон и пробуждение ото сна

1. Проснувшись, я сразу заставляю себя встать
2. Утро для меня – самое тяжелое время суток
3. Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть
4. Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем
5. Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко
6. С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером
7. У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения
8. Утром я встаю бодрым и энергичным
9. Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать
10. По ночам у меня бывают приступы страха

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А
Методика «Тип отношения к болезни»

11. С утра я чувствую полное безразличие ко всему
12. По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни
13. Во сне мне видятся всякие болезни
14. Ни одно из определений мне не подходит

IV. Аппетит и отношение к еде

1. Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях
2. У меня хороший аппетит
3. У меня плохой аппетит
4. Я люблю сытно поесть
5. Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде
6. Мне легко можно испортить аппетит
7. Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность
8. Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье
9. Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал
10. Еда не доставляет мне никакого удовольствия
11. Ни одно из определений мне не подходит

V. Отношение к болезни

1. Моя болезнь меня пугает
2. Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет
3. Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью
4. Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня
5. Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью
6. Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет
7. Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей
8. Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают
9. Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше
10. Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи
11. Я здоров, и болезни меня не беспокоят
12. Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания
13. Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым
14. Я знаю по чьей вине я заболел и не прощу этого никогда
15. Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни
16. Ни одно из определений мне не подходит

VI. Отношение к лечению

1. Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать
2. Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением
3. Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение только бы избавиться от болезни
4. Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным
5. Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь
6. Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур, уговаривают меня на никчемную операцию
7. Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

Методика «Тип отношения к болезни»

8. Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей
9. Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить
10. Считаю, что меня лечат неправильно
11. Я ни в каком лечении не нуждаюсь
12. Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое
13. Я избегаю говорить о лечении с другими людьми
14. Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения
15. Ни одно из определений мне не подходит

VII. Отношение к врачам и медперсоналу

1. Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному
2. Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность
3. Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей
4. Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат
5. Мне все равно, кто и как меня лечит
6. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может повлиять на успех лечения
7. Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь
8. Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения
9. С большим уважением я отношусь к медицинской профессии
10. Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности
11. Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом
12. Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь
13. Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время
14. Ни одно из определений мне не подходит

VIII. Отношение к родным и близким

1. Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали волновать меня
2. Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроения
3. Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного
4. Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды
5. Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям
6. Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие
7. Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими
8. Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных
9. Из-за болезни я стал в тягость близким
10. Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь
11. Я считаю, что заболел из-за моих родных
12. Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни
13. Ни одно из определений мне не подходит

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А
Методика «Тип отношения к болезни»

IX. Отношение к работе (учебе)

1. Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)
2. Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)
3. Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной
4. Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы)
5. Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)
6. Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью
7. На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне
8. Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)
9. Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни
10. Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)
11. Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (в учебе)
12. На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни
13. Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь
14. Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу
15. Ни одно из определений мне не подходит

X. Отношение к окружающим

1. Мне теперь все равно, кто меня окружает, и кто около меня
2. Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое
3. Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение
4. Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни
5. Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется
6. Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть
7. Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни
8. Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий
9. Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих
10. С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни
11. Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прошу
12. Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня
13. Моя болезнь не мешает мне иметь друзей
14. Ни одно из определений мне не подходит

XI. Отношение к одиночеству

1. Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше
2. Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество
3. В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу
4. В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях
5. Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать
6. Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям
7. Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А
Методика «Тип отношения к болезни»

8. Мне стало все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве
9. Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения
10. Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью
11. Ни одно из определений мне не подходит

XII. Отношение к будущему

1. Болезнь делает мое будущее печальным и унылым
2. Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее
3. Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях
4. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем
5. Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем
6. Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)
7. Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем
8. Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее
9. Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел
10. Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и раздражение на других людей
11. Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее
12. Ни одно из определений мне не подходит

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Методика «Индекс жизненного стиля»

Инструкция: «На следующих страницах Вы найдете ряд высказываний об определенных способах поведения и установках. Вы можете ответить да или нет (согласен или не согласен). Не существует правильных или неправильных ответов, так как каждый человек имеет право на собственную точку зрения. Отвечайте так, как считаете верным для себя. Обратите, пожалуйста, внимание на следующее:

- Не думайте о том, какой ответ мог бы создать лучшее впечатление о Вас, и отвечайте так, как считаете для себя предпочтительнее. Обработка результатов автоматизирована и при этом содержание утверждений не проверяется.

- Не думайте долго над предложениями, выбирая ответ, отмечайте тот, который первым пришел Вам в голову.

- Может быть, некоторые утверждения Вам не очень подходят. Несмотря на это, пометьте один из ответов, а именно тот, который для Вас наиболее приемлем.

1. Я человек, с которым очень легко поладить.
2. Когда я чего-то хочу, у меня не хватает терпения подождать.
3. Всегда был такой человек, на которого я хотел бы походить.
4. Люди считают меня сдержанным, рассудительным человеком.
5. Мне противны непристойные кинофильмы.
6. Я редко помню свои сны.
7. Люди, которые всюду распоряжаются, приводят меня в бешенство.
8. Иногда у меня возникает желание пробить кулаком стену.
9. Меня сильно раздражает, когда люди рисуются.
10. В своих фантазиях я всегда главный герой.
11. У меня не очень хорошая память на лица.
12. Я чувствую некоторую неловкость, пользуясь общественной баней.
13. Я всегда внимательно выслушиваю все точки зрения в споре.
14. Я легко выхожу из себя, но быстро успокаиваюсь.
15. Когда в толпе кто-то толкает меня, я испытываю желание ответить тем же.
16. Многое во мне восхищает людей.
17. Отправляясь в поездку, я обязательно планирую каждую деталь.
18. Иногда, без всякой причины, на меня нападает упрямство.
19. Друзья почти никогда не подводят меня.
20. Мне случалось думать о самоубийстве.
21. Меня оскорбляют непристойные шутки.
22. Я всегда вижу светлые стороны вещей.
23. Я ненавижу недоброжелательных людей.
24. Если кто-нибудь говорит, что я не смогу что-то сделать, то я нарочно хочу сделать это, чтобы доказать ему неправоту.
25. Я испытываю затруднения, вспоминая имена людей.
26. Я склонен к излишней импульсивности.
27. Я терпеть не могу людей, которые добиваются своего, вызывая к себе жалость.
28. Я ни к кому не отношусь с предубеждением.
29. Иногда меня беспокоит, что люди подумают, будто я веду себя странно, глупо или смешно.
30. Я всегда нахожу логичные объяснения любым неприятностям.
31. Иногда мне хочется увидеть конец света.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

Методика «Индекс жизненного стиля»

32. Порнография отвратительна.
33. Иногда, будучи расстроен, я ем больше обычного.
34. У меня нет врагов.
35. Я не очень хорошо помню свое детство.
36. Я не боюсь состариться, потому что это происходит с каждым.
37. В своих фантазиях я совершаю великие дела.
38. Большинство людей раздражают меня, потому что они слишком эгоистичны.
39. Прикосновение к чему-либо склизкому вызывает во мне омерзение.
40. У меня часто бывают яркие, сюжетные сновидения.
41. Я убежден, что если буду неосторожен, люди воспользуются этим.
42. Я не скоро замечаю дурное в людях.
43. Когда я читаю или слышу о трагедии, это не слишком трогает меня.
44. Когда есть повод рассердиться, я предпочитаю основательно все обдумать.
45. Я испытываю сильную потребность в комплиментах.
46. Сексуальная невоздержанность отвратительна.
47. Когда в толпе кто-то мешает моему движению, у меня иногда возникает желание толкнуть его плечом.
48. Как только что-нибудь не по-моему, я обижаюсь и мрачнею.
49. Когда я вижу окровавленного человека на экране, это почти не волнует меня.
50. В сложных жизненных ситуациях я не могу обойтись без поддержки и помощи людей.
51. Большинство окружающих считают меня очень интересным человеком.
52. Я ношу одежду, которая скрывает недостатки моей фигуры.
53. Для меня очень важно всегда придерживаться общепринятых правил поведения.
54. Я склонен часто противоречить людям.
55. Почти во всех семьях супруги друг другу изменяют.
56. По-видимому, я слишком отстраненно смотрю на вещи.
57. В разговорах с представителями противоположного пола я стараюсь избегать щекотливых тем.
58. Когда у меня что-то не получается, мне иногда хочется плакать.
59. Из моей памяти часто выпадают некоторые мелочи.
60. Когда кто-то толкает меня, я испытываю сильное негодование.
61. Я выбрасываю из головы то, что мне не нравится.
62. В любой неудаче я обязательно нахожу положительные стороны.
63. Я терпеть не могу людей, которые всегда стараются быть в центре внимания.
64. Я почти ничего не выбрасываю и бережно храню множество разных вещей.
65. В компании друзей мне больше всего нравятся разговоры о прошедших событиях, развлечениях и удовольствиях.
66. Меня не слишком раздражает детский плач.
67. Мне случалось так разозлиться, что я готов был перебить все вдребезги.
68. Я всегда оптимистичен.
69. Я чувствую себя неуютно, когда на меня не обращают внимания.
70. Какие бы страсти не разыгрывались на экране, я всегда отдаю себе отчет в том, что это только на экране.
71. Я часто испытываю чувство ревности.
72. Я бы никогда специально не пошел на откровенно эротический фильм.
73. Неприятно то, что людям, как правило, нельзя доверять.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б
Методика «Индекс жизненного стиля»

74. Я готов почти на все, чтобы произвести хорошее впечатление.
75. Я никогда не бывал панически испуган.
76. Я не упущу случая посмотреть хороший триллер или боевик.
77. Я думаю, что ситуация в мире лучше, чем полагает большинство людей.
78. Даже небольшое разочарование может привести меня в уныние.
79. Мне не нравится, когда люди откровенно флиртуют.
80. Я никогда не позволяю себе терять самообладание.
81. Я всегда готовлюсь к неудаче, чтобы не быть застигнутым врасплох.
82. Кажется, некоторые из моих знакомых завидуют моему умению жить.
83. Мне случалось со зла так сильно ударить или пнуть по чему-нибудь, что я неумышленно причинял себе боль.
84. Я знаю, что за глаза кое-кто отзывается обо мне дурно.
85. Я едва ли могу вспомнить свои первые школьные годы.
86. Когда я расстроен, я иногда веду себя по-детски.
87. Мне намного проще говорить о своих мыслях, чем о своих чувствах.
88. Когда я бываю в отъезде и у меня случаются неприятности, я сразу начинаю сильно тосковать по дому.
89. Когда я слышу о жестокостях, это не слишком глубоко трогает меня.
90. Я легко переношу критику и замечания.
91. Я не скрываю своего раздражения по поводу привычек некоторых членов моей семьи.
92. Я знаю, что есть люди, настроенные против меня.
93. Я не могу переживать свои неудачи в одиночку.
94. К счастью, у меня меньше проблем, чем имеет большинство людей.
95. Если что-то волнует меня, я иногда испытываю усталость и желание выспаться.
96. Отвратительно то, что почти все люди, добившиеся успеха, достигли его с помощью лжи.
97. Нередко я испытываю желание почувствовать в своих руках пистолет или автомат.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Методика «Диагностика иррациональных установок»

Инструкция: «Оцените каждое из 50 представленных утверждений по шести балльной шкале».

1	2	3	4	5	6
полностью согласен	в основном согласен	слегка согласен	слегка не согласен	в основном не согласен	полностью не согласен

1.	Иметь дело с некоторыми людьми может быть неприятно, но это никогда не бывает ужасно	1	2	3	4	5	6
2.	Когда я в чем-то ошибаюсь, то часто говорю себе «Мне не следовало этого делать»	1	2	3	4	5	6
3.	Люди, несомненно, должны жить по законам	1	2	3	4	5	6
4.	Не существует ничего такого, чего я «не выношу»	1	2	3	4	5	6
5.	Если меня игнорируют или я чувствую себя неуклюжим на вечеринке, то у меня понижается чувство собственной ценности	1	2	3	4	5	6
6.	Некоторые ситуации в жизни действительно совершенно ужасны	1	2	3	4	5	6
7.	В некоторых вопросах я определенно должен быть более компетентным	1	2	3	4	5	6
8.	Моим родителям следовало бы быть более сдержанными в требованиях, предъявляемых ко мне	1	2	3	4	5	6
9.	Существуют вещи, которые я не могу вынести	1	2	3	4	5	6
10.	Мое чувство «собственной ценности» не повышается, даже если у меня есть действительно большие успехи в учебе или работе	1	2	3	4	5	6
11.	Некоторые дети ведут себя действительно ужасно	1	2	3	4	5	6
12.	Я не должен был совершать несколько очевидных ошибок в своей жизни	1	2	3	4	5	6
13.	Если мои друзья пообещали сделать для меня что-то очень важное, они не обязаны выполнять своих обещаний	1	2	3	4	5	6
14.	Я не могу иметь дело с моими друзьями или моими детьми, если они ведут себя глупо, дико или неправильно в той или иной ситуации	1	2	3	4	5	6
15.	Если оценивать людей по тому, что они делают, то их можно разделить на «хороших» и «плохих»	1	2	3	4	5	6
16.	Бывают такие периоды в жизни, когда случаются действительно совершенно ужасные вещи	1	2	3	4	5	6
17.	В жизни нет ничего такого, что я действительно обязан делать	1	2	3	4	5	6
18.	Дети должны, в конце концов, научиться выполнять свои обязанности	1	2	3	4	5	6
19.	Иногда я просто не в состоянии вынести мои низкие достижения в учебе и на работе	1	2	3	4	5	6
20.	Даже когда я делаю серьезные ошибки и причиняю боль окружающим, мое самоуважение не меняется	1	2	3	4	5	6

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В
Методика «Диагностика иррациональных установок»

21.	Это было бы ужасно, если бы я не смог добиться расположения людей, которых я люблю	1	2	3	4	5	6
22.	Мне бы хотелось лучше учиться или работать, однако нет никаких оснований считать, что я должен добиваться этого во что бы то ни стало	1	2	3	4	5	6
23.	Я убежден, что люди определенно не должны плохо себя вести в общественных местах	1	2	3	4	5	6
24.	Я просто не выношу сильного давления на меня или стресса	1	2	3	4	5	6
25.	Одобрение или неодобрение моих друзей или членов моей семьи не влияет на то, как я оцениваю самого себя	1	2	3	4	5	6
26.	Было бы жалко, но не ужасно, если бы кто-то из членов моей семьи имел бы серьезные проблемы со здоровьем	1	2	3	4	5	6
27.	Если бы принял решение сделать что-то, я обязательно должен сделать это очень хорошо	1	2	3	4	5	6
28.	В общем, я нормально отношусь к тому, что подростки ведут себя иначе, чем взрослые, например, поздно просыпаются по утрам или разбрасывают книжки или одежду на полу в своей комнате	1	2	3	4	5	6
29.	Я не выношу некоторых вещей, которые делают мои друзья или члены моей семьи	1	2	3	4	5	6
30.	Тот, кто постоянно грешит или приносит зло окружающим – плохой человек	1	2	3	4	5	6
31.	Было бы ужасно, если бы кто-то из тех, кого я люблю, заболел психическим заболеванием и оказался бы в психиатрической больнице	1	2	3	4	5	6
32.	Я должен быть абсолютно уверен, что все идет хорошо в наиболее важных сферах моей жизни	1	2	3	4	5	6
33.	Если для меня это важно, мои друзья должны стремиться сделать все, о чем я их попрошу	1	2	3	4	5	6
34.	Я легко переношу неприятные ситуации, в которые попадаю, так же как неприятное общение со знакомыми	1	2	3	4	5	6
35.	От того, как меня оценивают окружающие (друзья, начальники, учителя), зависит, как я оцениваю самого себя	1	2	3	4	5	6
36.	Это ужасно, когда мои друзья ведут себя плохо и неправильно в общественных местах	1	2	3	4	5	6
37.	Я точно не должен делать некоторые ошибки, которые продолжаю делать	1	2	3	4	5	6
38.	Я не считаю, что члены моей семьи должны действовать именно так, как мне хочется	1	2	3	4	5	6
39.	Это совершенно невыносимо, если все идет не так, как мне хочется	1	2	3	4	5	6
40.	Я часто оцениваю себя по своим успехам на работе и в школе или же по своим социальным достижениям	1	2	3	4	5	6
41.	Это будет ужасно, если я потерплю полный крах в работе или учебе	1	2	3	4	5	6

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В
Методика «Диагностика иррациональных установок»

42.	Я как человек не должен быть лучше, чем я есть на самом деле	1	2	3	4	5	6
43.	Определенно существуют некоторые вещи, которые окружающие люди не должны делать	1	2	3	4	5	6
44.	Иногда (на работе или в школе) люди совершают поступки, которые я совершенно не выношу	1	2	3	4	5	6
45.	Если у меня возникают серьезные эмоциональные проблемы или я нарушаю законы, мое чувство собственной ценности понижается	1	2	3	4	5	6
46.	Даже очень плохие, отвратительные ситуации, в которых человек терпит неудачу, лишается денег или работы, не являются ужасными	1	2	3	4	5	6
47.	Есть несколько существенных причин, почему я не должен делать ошибок в школе или на работе	1	2	3	4	5	6
48.	Несомненно, что члены моей семьи должны лучше обо мне заботиться, чем они это иногда делают	1	2	3	4	5	6
49.	Даже если мои друзья ведут себя иначе, чем я от них ожидаю, я продолжаю к ним относиться с пониманием и принятием	1	2	3	4	5	6
50.	Важно учить детей тому, чтобы они были «хорошими мальчиками» и «хорошими девочками»: прилежно учились в школе и зарабатывали одобрение своих родителей	1	2	3	4	5	6

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Сводные таблицы данных

Таблица Г.1 – Сводная таблица данных по методике «Тип отношения к болезни» для пациентов с психосоматическими заболеваниями

№ п/п	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1	11	21	50	3	4	4	0	0	4	10	10	9
2	18	0	56	0	8	0	0	0	8	16	16	8
3	0	30	0	16	12	11	8	6	41	15	12	19
4	0	0	0	12	16	3	15	21	15	5	7	7
5	0	38	17	8	12	19	4	4	19	11	20	16
6	0	0	0	22	16	10	4	0	11	31	21	28
7	0	0	0	9	8	8	8	20	8	4	11	10
8	0	27	2	19	15	17	12	19	20	6	17	20
9	0	20	0	25	8	13	3	12	16	17	5	15
10	18	0	44	3	4	3	0	0	11	15	16	11
11	0	0	0	19	9	12	25	20	9	13	23	12
12	0	26	0	11	9	16	12	15	16	6	9	7
13	0	0	0	4	8	4	13	7	8	0	8	12
14	0	0	0	4	16	4	9	8	33	15	6	0
15	0	0	0	12	15	0	0	3	16	19	10	5
16	0	27	0	18	8	8	4	7	27	7	10	4
17	0	9	0	15	4	10	16	4	14	13	6	6
18	0	37	0	4	8	0	7	3	8	14	12	4

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Таблица Г.2 – Сводная таблица данных по методике «Тип отношения к болезни» для пациентов с соматическими заболеваниями

№ п/п	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1	39	30	35	4	4	0	0	0	15	5	2	0
2	0	0	0	4	4	8	0	9	24	13	8	5
3	0	0	0	16	20	3	17	8	25	11	9	15
4	11	0	0	19	16	16	9	8	15	7	16	21
5	0	0	0	30	12	15	21	7	39	16	9	6
6	0	41	0	0	7	5	8	14	4	0	4	7
7	0	0	0	16	16	6	21	14	7	3	4	16
8	0	0	0	14	16	15	8	12	17	7	8	4
9	0	0	0	26	22	21	27	20	16	19	15	12
10	0	30	0	9	16	19	13	16	19	14	22	18
11	0	17	0	25	17	14	16	11	33	20	15	5
12	0	28	0	12	16	10	11	6	20	10	12	17
13	0	0	0	11	24	10	21	14	25	15	12	13
14	24	0	0	9	7	10	12	12	8	11	6	13
15	0	8	0	4	9	17	20	24	16	0	24	26
16	0	0	0	8	12	8	12	14	12	9	15	18
17	0	0	0	7	20	22	11	10	21	19	23	24
18	0	0	0	25	21	23	17	7	15	14	22	28
19	0	0	0	13	12	9	12	16	18	20	7	11
20	0	0	0	10	21	11	18	20	24	18	11	8
21	0	0	0	8	12	11	13	20	28	3	15	4
22	0	0	0	19	17	13	21	23	26	25	14	8
23	0	0	0	7	21	5	9	14	10	19	30	23
24	0	26	0	10	31	14	28	21	6	18	17	19
25	0	0	0	20	12	21	9	17	15	11	31	20
26	0	0	0	16	22	13	32	25	0	11	25	12
27	0	0	0	28	17	22	16	11	13	23	23	19
28	0	14	0	15	8	14	8	12	24	3	8	0
29	0	15	0	7	4	21	21	16	19	18	13	7
30	0	0	22	14	4	7	12	18	27	12	6	8
31	15	19	54	3	4	4	0	0	4	10	10	9
32	0	0	0	17	23	9	21	17	17	10	9	16
33	0	30	0	21	12	11	8	6	50	15	12	15
34	0	17	0	23	16	7	21	19	13	6	10	0
35	0	13	0	8	4	15	9	15	25	4	23	16
36	0	4	0	20	26	8	20	12	18	14	16	17
37	9	11	0	15	16	24	4	8	18	8	20	17
38	0	11	0	22	13	19	8	4	38	15	12	8
39	0	0	0	20	26	7	16	15	14	22	17	20
40	0	0	0	18	4	3	23	22	12	11	0	0
41	0	0	0	17	12	17	31	30	22	16	16	7
42	0	0	0	25	4	17	12	9	28	23	15	24

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Таблица Г.3 – Сводная таблица данных по методике «Индекс жизненного стиля» для пациентов с психосоматическими заболеваниями

№ п/п	Значение в процентах (уровень)							
	Отриц.	Вытесн.	Регр.	Компенс.	Проекц.	Замещ.	Рационал.	Реакт. обр-я
1	61	99	70	95	46	77	87	99
2	97	98	88	63	36	97	87	76
3	98	87	80	78	64	65	76	91
4	79	42	96	88	64	97	87	99
5	90	63	99	78	46	97	99	99
6	61	98	70	88	36	37	76	99
7	98	25	70	95	20	65	92	76
8	99	87	86	78	36	96	59	99
9	99	76	53	37	90	97	99	76
10	79	97	88	63	36	97	76	91
11	84	87	85	97	27	77	59	76
12	84	87	85	88	36	97	42	76
13	90	87	96	37	36	97	76	76
14	98	98	99	99	72	98	97	91
15	90	87	97	95	46	99	59	97
16	79	92	88	88	36	93	76	76
17	90	87	80	99	46	98	76	61
18	84	97	70	78	36	86	59	98

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Таблица Г.4 – Сводная таблица данных по методике «Индекс жизненного стиля» для пациентов с соматическими заболеваниями

№ п/п	Значение в процентах (уровень)							
	Отриц.	Вытесн.	Регр.	Компенс.	Проекц.	Замещ.	Рационал.	Реакт. обр-я
1	90	76	97	78	36	93	97	99
2	97	97	99	95	27	65	96	98
3	90	98	70	88	20	77	76	97
4	90	76	80	95	27	98	87	91
5	98	25	35	95	87	77	42	61
6	90	97	97	97	64	99	28	98
7	97	87	97	63	36	65	87	76
8	79	87	80	88	46	86	76	98
9	90	87	85	97	20	99	76	29
10	97	87	85	95	27	93	42	61
11	90	87	80	63	46	77	59	29
12	90	87	85	78	36	65	76	61
13	99	92	88	88	36	98	87	91
14	98	97	85	88	64	93	17	91
15	97	87	88	63	36	86	17	91
16	90	92	88	88	27	97	59	76
17	97	76	96	97	12	98	59	61
18	98	92	99	20	46	99	42	91
19	90	76	99	95	64	77	59	98
20	84	87	88	88	12	77	76	97
21	97	98	99	95	36	86	59	99
22	90	87	70	37	64	86	28	61
23	97	25	70	78	46	48	97	76
24	90	25	19	95	86	77	42	61
25	50	63	96	78	36	86	87	97
26	79	42	80	88	20	93	76	29
27	97	63	80	97	72	37	97	99
28	61	98	53	95	27	77	42	98
29	97	92	96	99	72	99	87	99
30	84	76	85	95	36	86	76	29
31	97	42	70	78	46	48	92	91
32	84	76	96	88	46	86	28	91
33	39	42	96	88	36	86	76	97
34	97	98	97	99	36	97	92	98
35	27	99	70	95	36	98	59	76
36	84	76	85	97	27	98	59	97
37	97	99	53	88	27	93	76	97
38	84	97	96	97	72	93	28	76
39	61	76	80	63	36	93	59	91
40	90	97	80	37	36	97	42	76
41	97	87	85	78	64	97	76	76
42	79	87	80	97	12	86	87	97

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Таблица Г.5 – Сводная таблица данных по методике «Диагностика иррациональных установок» для пациентов с психосоматическими заболеваниями

№ п/п	Катастрофиз.		Долж. в отн. себя		Долж.е в отн. других		Фрустр.толер.		Самооц. и рационал. мышл.	
	Показатель	Уровень	Показатель	Уровень	Показатель	Уровень	Показатель	Уровень	Показатель	Уровень
1	27	ярко	21	ярко	31	нал-е	31	ср.	22	низ.
2	39	нал-е	32	нал-е	37	нал-е	42	ср.	50	выс.
3	27	ярко	33	нал-е	21	ярко	35	ср.	30	ср.
4	23	ярко	33	нал-е	27	ярко	20	низ.	38	ср.
5	17	ярко	16	ярко	37	нал-е	30	ср.	12	низ.
6	30	нал-е	45	нал-е	20	ярко	27	низ.	26	низ.
7	23	ярко	27	ярко	28	ярко	33	ср.	27	низ.
8	25	ярко	27	ярко	31	нал-е	27	низ.	25	низ.
9	32	нал-е	30	нал-е	28	ярко	31	ср.	23	низ.
10	39	нал-е	33	нал-е	43	нал-е	29	низ.	29	низ.
11	28	ярко	27	ярко	25	ярко	25	низ.	23	низ.
12	33	нал-е	27	ярко	39	нал-е	28	низ.	22	низ.
13	26	ярко	27	ярко	25	ярко	22	низ.	28	низ.
14	29	ярко	29	ярко	24	ярко	27	низ.	30	ср.
15	35	нал-е	24	ярко	34	нал-е	33	ср.	32	ср.
16	34	нал-е	28	ярко	37	нал-е	47	выс.	27	низ.
17	36	нал-е	23	ярко	33	нал-е	34	ср.	30	ср.
18	39	нал-е	32	нал-е	29	ярко	42	ср.	36	ср.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Таблица Г.6 – Сводная таблица данных по методике «Диагностика иррациональных установок» для пациентов с соматическими заболеваниями

№ п/п	Катастрофиз.		Долж. в отн. себя		Долж. в отн. других		Фрустр. толер.		Самооц. и рацион. мышл.	
	Показ.	Уров.	Показ.	Уров.	Показ.	Уров.	Показ.	Уров.	Показ.	Уров.
1	17	ярко	16	ярко	37	нал-е	30	ср.	12	низ.
2	27	ярко	28	ярко	21	ярко	27	низ.	23	низ.
3	41	нал-е	31	нал-е	34	нал-е	30	ср.	28	низ.
4	41	нал-е	36	нал-е	28	ярко	27	низ.	28	низ.
5	35	нал-е	34	нал-е	36	нал-е	52	выс.	35	ср.
6	26	ярко	28	ярко	30	нал-е	29	низ.	28	низ.
7	37	нал-е	36	нал-е	29	ярко	27	низ.	33	ср.
8	38	нал-е	31	нал-е	38	нал-е	31	ср.	27	низ.
9	39	нал-е	37	нал-е	35	нал-е	36	ср.	38	ср.
10	37	нал-е	35	нал-е	34	нал-е	31	ср.	38	ср.
11	39	нал-е	34	нал-е	33	нал-е	35	ср.	38	ср.
12	40	нал-е	34	нал-е	38	нал-е	40	ср.	33	ср.
13	33	нал-е	33	нал-е	34	нал-е	38	ср.	29	низ.
14	40	нал-е	28	ярко	29	ярко	39	ср.	26	низ.
15	40	нал-е	34	нал-е	36	нал-е	31	ср.	32	ср.
16	35	нал-е	35	нал-е	35	нал-е	37	ср.	38	ср.
17	41	нал-е	26	ярко	30	нал-е	41	ср.	37	ср.
18	41	нал-е	24	ярко	33	нал-е	40	ср.	31	ср.
19	42	нал-е	33	нал-е	30	нал-е	41	ср.	39	ср.
20	35	нал-е	44	нал-е	36	нал-е	34	ср.	36	ср.
21	39	нал-е	28	ярко	34	нал-е	47	выс.	26	низ.
22	37	нал-е	31	нал-е	34	нал-е	40	ср.	42	ср.
23	19	ярко	15	ярко	29	ярко	35	ср.	26	ср.
24	40	нал-е	29	ярко	36	нал-е	54	выс.	37	ср.
25	29	ярко	29	ярко	33	нал-е	35	ср.	34	ср.
26	33	нал-е	28	ярко	26	ярко	34	ср.	25	низ.
27	21	ярко	28	ярко	37	нал-е	38	ср.	31	ср.
28	24	ярко	32	нал-е	33	нал-е	44	ср.	38	ср.
29	27	ярко	24	ярко	24	ярко	23	низ.	28	низ.
30	32	нал-е	43	нал-е	30	нал-е	25	низ.	40	ср.
31	24	ярко	19	ярко	31	нал-е	39	ср.	25	низ.
32	28	ярко	30	нал-е	33	нал-е	37	ср.	36	ср.
33	26	ярко	31	нал-е	33	нал-е	35	ср.	34	ср.
34	19	ярко	23	ярко	26	ярко	29	низ.	27	низ.
35	34	нал-е	43	нал-е	34	нал-е	27	низ.	33	ср.
36	38	нал-е	38	нал-е	36	нал-е	42	ср.	36	ср.
37	40	нал-е	32	нал-е	36	нал-е	35	ср.	33	ср.
38	37	нал-е	36	нал-е	35	нал-е	36	ср.	33	ср.
39	36	нал-е	37	нал-е	34	нал-е	37	ср.	40	ср.
40	45	нал-е	44	нал-е	36	нал-е	43	ср.	29	низ.
41	39	нал-е	36	нал-е	36	нал-е	31	ср.	33	ср.
42	33	нал-е	38	нал-е	23	ярко	34	ср.	26	низ.

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.1 – Анализ значимости различий по гармоничному типу отношения к болезни с помощью U-критерия Манна-Уитни между двумя группами (методика «Тип отношения к болезни»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	11	54.5	39	60
2	18	57.5	0	26.5
3	0	26.5	0	26.5
4	0	26.5	11	54.5
5	0	26.5	0	26.5
6	0	26.5	0	26.5
7	0	26.5	0	26.5
8	0	26.5	0	26.5
9	0	26.5	0	26.5
10	18	57.5	0	26.5
11	0	26.5	0	26.5
12	0	26.5	0	26.5
13	0	26.5	0	26.5
14	0	26.5	24	59
15	0	26.5	0	26.5
16	0	26.5	0	26.5
17	0	26.5	0	26.5
18	0	26.5	0	26.5
19			0	26.5
20			0	26.5
21			0	26.5
22			0	26.5
23			0	26.5
24			0	26.5
25			0	26.5
26			0	26.5
27			0	26.5
28			0	26.5
29			0	26.5
30			0	26.5
31			15	56
32			0	26.5
33			0	26.5
34			0	26.5
35			0	26.5
36			0	26.5
37			9	53
38			0	26.5
39			0	26.5
40			0	26.5
41			0	26.5
42			0	26.5
Суммы:		567		1263

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.2 – Анализ значимости различий по эргопатическому типу отношения к болезни с помощью U-критерия Манна-Уитни между двумя группами (методика «Тип отношения к болезни»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	21	48	30	55.5
2	0	18	0	18
3	30	55.5	0	18
4	0	18	0	18
5	38	59	0	18
6	0	18	41	60
7	0	18	0	18
8	27	51.5	0	18
9	20	47	0	18
10	0	18	30	55.5
11	0	18	17	44.5
12	26	49.5	28	53
13	0	18	0	18
14	0	18	0	18
15	0	18	8	37
16	27	51.5	0	18
17	9	38	0	18
18	37	58	0	18
19			0	18
20			0	18
21			0	18
22			0	18
23			0	18
24			26	49.5
25			0	18
26			0	18
27			0	18
28			14	42
29			15	43
30			0	18
31			19	46
32			0	18
33			30	55.5
34			17	44.5
35			13	41
36			4	36
37			11	39.5
38			11	39.5
39			0	18
40			0	18
41			0	18
42			0	18
Суммы:		620		1210

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.3 – Анализ значимости различий по анозогнозическому типу отношения к болезни с помощью U-критерия Манна-Уитни между двумя группами (методика «Тип отношения к болезни»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	50	58	35	56
2	56	60	0	26.5
3	0	26.5	0	26.5
4	0	26.5	0	26.5
5	17	54	0	26.5
6	0	26.5	0	26.5
7	0	26.5	0	26.5
8	2	53	0	26.5
9	0	26.5	0	26.5
10	44	57	0	26.5
11	0	26.5	0	26.5
12	0	26.5	0	26.5
13	0	26.5	0	26.5
14	0	26.5	0	26.5
15	0	26.5	0	26.5
16	0	26.5	0	26.5
17	0	26.5	0	26.5
18	0	26.5	0	26.5
19			0	26.5
20			0	26.5
21			0	26.5
22			0	26.5
23			0	26.5
24			0	26.5
25			0	26.5
26			0	26.5
27			0	26.5
28			0	26.5
29			0	26.5
30			22	55
31			54	59
32			0	26.5
33			0	26.5
34			0	26.5
35			0	26.5
36			0	26.5
37			0	26.5
38			0	26.5
39			0	26.5
40			0	26.5
41			0	26.5
42			0	26.5
Суммы:		626.5		1203.5

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.4 – Анализ значимости различий по тревожному типу отношения к болезни с помощью U-критерия Манна-Уитни между двумя группами (методика «Тип отношения к болезни»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	3	4	4	8.5
2	0	1.5	4	8.5
3	16	36.5	16	36.5
4	12	27	19	44.5
5	8	16.5	30	60
6	22	51.5	0	1.5
7	9	20	16	36.5
8	19	44.5	14	30.5
9	25	55.5	26	58
10	3	4	9	20
11	19	44.5	25	55.5
12	11	24.5	12	27
13	4	8.5	11	24.5
14	4	8.5	9	20
15	12	27	4	8.5
16	18	41.5	8	16.5
17	15	33	7	13
18	4	8.5	25	55.5
19			13	29
20			10	22.5
21			8	16.5
22			19	44.5
23			7	13
24			10	22.5
25			20	48
26			16	36.5
27			28	59
28			15	33
29			7	13
30			14	30.5
31			3	4
32			17	39.5
33			21	50
34			23	53
35			8	16.5
36			20	48
37			15	33
38			22	51.5
39			20	48
40			18	41.5
41			17	39.5
42			25	55.5
Суммы:		457		1373

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.5 – Анализ значимости различий по ипохондрическому типу отношения к болезни с помощью U-критерия Манна-Уитни между двумя группами (методика «Тип отношения к болезни»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	4	6	4	6
2	8	17	4	6
3	12	28	20	49.5
4	16	40.5	16	40.5
5	12	28	12	28
6	16	40.5	7	12.5
7	8	17	16	40.5
8	15	34.5	16	40.5
9	8	17	22	54.5
10	4	6	16	40.5
11	9	22	17	47
12	9	22	16	40.5
13	8	17	24	57
14	16	40.5	7	12.5
15	15	34.5	9	22
16	8	17	12	28
17	4	6	20	49.5
18	8	17	21	52
19			12	28
20			21	52
21			12	28
22			17	47
23			21	52
24			31	60
25			12	28
26			22	54.5
27			17	47
28			8	17
29			4	6
30			4	6
31			4	6
32			23	56
33			12	28
34			16	40.5
35			4	6
36			26	58.5
37			16	40.5
38			13	33
39			26	58.5
40			4	6
41			12	28
42			4	6
Суммы:		410.5		1419.5

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.6 – Анализ значимости различий по неврастеническому типу отношения к болезни с помощью U-критерия Манна-Уитни между двумя группами (методика «Тип отношения к болезни»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	4	10.5	0	2.5
2	0	2.5	8	21
3	11	32.5	3	6.5
4	3	6.5	16	45.5
5	19	52	15	43
6	10	28	5	13.5
7	8	21	6	15
8	17	48.5	15	43
9	13	37	21	55
10	3	6.5	19	52
11	12	35	14	40
12	16	45.5	10	28
13	4	10.5	10	28
14	4	10.5	10	28
15	0	2.5	17	48.5
16	8	21	8	21
17	10	28	22	57.5
18	0	2.5	23	59
19			9	24.5
20			11	32.5
21			11	32.5
22			13	37
23			5	13.5
24			14	40
25			21	55
26			13	37
27			22	57.5
28			14	40
29			21	55
30			7	17
31			4	10.5
32			9	24.5
33			11	32.5
34			7	17
35			15	43
36			8	21
37			24	60
38			19	52
39			7	17
40			3	6.5
41			17	48.5
42			17	48.5
Суммы:		400.5		1429.5

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.7 – Анализ значимости различий по меланхолическому типу отношения к болезни с помощью U-критерия Манна-Уитни между двумя группами (методика «Тип отношения к болезни»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	0	4	0	4
2	0	4	0	4
3	8	17	17	43.5
4	15	38	9	23
5	4	10.5	21	51
6	4	10.5	8	17
7	8	17	21	51
8	12	31	8	17
9	3	8	27	57
10	0	4	13	36
11	25	56	16	40.5
12	12	31	11	26.5
13	13	36	21	51
14	9	23	12	31
15	0	4	20	46.5
16	4	10.5	12	31
17	16	40.5	11	26.5
18	7	13	17	43.5
19			12	31
20			18	45
21			13	36
22			21	51
23			9	23
24			28	58
25			9	23
26			32	60
27			16	40.5
28			8	17
29			21	51
30			12	31
31			0	4
32			21	51
33			8	17
34			21	51
35			9	23
36			20	46.5
37			4	10.5
38			8	17
39			16	40.5
40			23	55
41			31	59
42			12	31
Суммы:		358		1472

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.8 – Анализ значимости различий по апатическому типу отношения к болезни с помощью U-критерия Манна-Уитни между двумя группами (методика «Тип отношения к болезни»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	0	3.5	0	3.5
2	0	3.5	9	23.5
3	6	13	8	20.5
4	21	54.5	8	20.5
5	4	10	7	16.5
6	0	3.5	14	35
7	20	51	14	35
8	19	47.5	12	30
9	12	30	20	51
10	0	3.5	16	42
11	20	51	11	26.5
12	15	39	6	13
13	7	16.5	14	35
14	8	20.5	12	30
15	3	7.5	24	58
16	7	16.5	14	35
17	4	10	10	25
18	3	7.5	7	16.5
19			16	42
20			20	51
21			20	51
22			23	57
23			14	35
24			21	54.5
25			17	44.5
26			25	59
27			11	26.5
28			12	30
29			16	42
30			18	46
31			0	3.5
32			17	44.5
33			6	13
34			19	47.5
35			15	39
36			12	30
37			8	20.5
38			4	10
39			15	39
40			22	56
41			30	60
42			9	23.5
Суммы:		388.5		1441.5

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.9 – Анализ значимости различий по сенситивному типу отношения к болезни с помощью U-критерия Манна-Уитни между двумя группами (методика «Тип отношения к болезни»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	4	3	15	24
2	8	9	24	45
3	41	59	25	48
4	15	24	15	24
5	19	38	39	58
6	11	14.5	4	3
7	8	9	7	6
8	20	40.5	17	32.5
9	16	29	16	29
10	11	14.5	19	38
11	9	12	33	55.5
12	16	29	20	40.5
13	8	9	25	48
14	33	55.5	8	9
15	16	29	16	29
16	27	51.5	12	16.5
17	14	20.5	21	42
18	8	9	15	24
19			18	35
20			24	45
21			28	53.5
22			26	50
23			10	13
24			6	5
25			15	24
26			0	1
27			13	18.5
28			24	45
29			19	38
30			27	51.5
31			4	3
32			17	32.5
33			50	60
34			13	18.5
35			25	48
36			18	35
37			18	35
38			38	57
39			14	20.5
40			12	16.5
41			22	43
42			28	53.5
Суммы:		456		1374

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.10 – Анализ значимости различий по эгоцентрическому типу отношения к болезни с помощью U-критерия Манна-Уитни между двумя группами (методика «Тип отношения к болезни»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	10	20.5	5	9.5
2	16	44	13	31
3	15	39.5	11	25.5
4	5	9.5	7	15
5	11	25.5	16	44
6	31	60	0	2
7	4	7.5	3	5
8	6	12	7	15
9	17	46	19	51.5
10	15	39.5	14	34.5
11	13	31	20	54.5
12	6	12	10	20.5
13	0	2	15	39.5
14	15	39.5	11	25.5
15	19	51.5	0	2
16	7	15	9	18
17	13	31	19	51.5
18	14	34.5	14	34.5
19			20	54.5
20			18	48
21			3	5
22			25	59
23			19	51.5
24			18	48
25			11	25.5
26			11	25.5
27			23	57.5
28			3	5
29			18	48
30			12	29
31			10	20.5
32			10	20.5
33			15	39.5
34			6	12
35			4	7.5
36			14	34.5
37			8	17
38			15	39.5
39			22	56
40			11	25.5
41			16	44
42			23	57.5
Суммы:		520.5		1309.5

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.11 – Анализ значимости различий по паранойяльному типу отношения к болезни с помощью U-критерия Манна-Уитни между двумя группами (методика «Тип отношения к болезни»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	10	22	2	2
2	16	42	8	13.5
3	12	29.5	9	17.5
4	7	10.5	16	42
5	20	48.5	9	17.5
6	21	50	4	3.5
7	11	25.5	4	3.5
8	17	46	8	13.5
9	5	5	15	37
10	16	42	22	51.5
11	23	54.5	15	37
12	9	17.5	12	29.5
13	8	13.5	12	29.5
14	6	7.5	6	7.5
15	10	22	24	57
16	10	22	15	37
17	6	7.5	23	54.5
18	12	29.5	22	51.5
19			7	10.5
20			11	25.5
21			15	37
22			14	34
23			30	59
24			17	46
25			31	60
26			25	58
27			23	54.5
28			8	13.5
29			13	33
30			6	7.5
31			10	22
32			9	17.5
33			12	29.5
34			10	22
35			23	54.5
36			16	42
37			20	48.5
38			12	29.5
39			17	46
40			0	1
41			16	42
42			15	37
Суммы:		495		1335

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.12 – Анализ значимости различий по дисфорическому типу отношения к болезни с помощью U-критерия Манна-Уитни между двумя группами (методика «Тип отношения к болезни»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	9	25.5	0	3
2	8	22	5	11
3	19	49	15	37
4	7	17	21	54
5	16	40.5	6	13.5
6	28	59.5	7	17
7	10	27	16	40.5
8	20	52	4	7.5
9	15	37	12	31.5
10	11	28.5	18	46.5
11	12	31.5	5	11
12	7	17	17	44
13	12	31.5	13	34.5
14	0	3	13	34.5
15	5	11	26	58
16	4	7.5	18	46.5
17	6	13.5	24	56.5
18	4	7.5	28	59.5
19			11	28.5
20			8	22
21			4	7.5
22			8	22
23			23	55
24			19	49
25			20	52
26			12	31.5
27			19	49
28			0	3
29			7	17
30			8	22
31			9	25.5
32			16	40.5
33			15	37
34			0	3
35			16	40.5
36			17	44
37			17	44
38			8	22
39			20	52
40			0	3
41			7	17
42			24	56.5
Суммы:		480.5		1349.5

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.13 – Анализ значимости различий выраженности психологической защиты «отрицание» по U-критерию Манна-Уитни между двумя группами (методика «Индекс жизненного стиля»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	61	5.5	90	29.5
2	97	44.5	97	44.5
3	98	54.5	90	29.5
4	79	10.5	90	29.5
5	90	29.5	98	54.5
6	61	5.5	90	29.5
7	98	54.5	97	44.5
8	99	59	79	10.5
9	99	59	90	29.5
10	79	10.5	97	44.5
11	84	17.5	90	29.5
12	84	17.5	90	29.5
13	90	29.5	99	59
14	98	54.5	98	54.5
15	90	29.5	97	44.5
16	79	10.5	90	29.5
17	90	29.5	97	44.5
18	84	17.5	98	54.5
19			90	29.5
20			84	17.5
21			97	44.5
22			90	29.5
23			97	44.5
24			90	29.5
25			50	3
26			79	10.5
27			97	44.5
28			61	5.5
29			97	44.5
30			84	17.5
31			97	44.5
32			84	17.5
33			39	2
34			97	44.5
35			27	1
36			84	17.5
37			97	44.5
38			84	17.5
39			61	5.5
40			90	29.5
41			97	44.5
42			79	10.5
Суммы:		539		1291

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.14 – Анализ значимости различий выраженности психологической защиты «вытеснение» по U-критерию Манна-Уитни между двумя группами (методика «Индекс жизненного стиля»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	61	5.5	90	29.5
2	97	44.5	97	44.5
3	98	54.5	90	29.5
4	79	10.5	90	29.5
5	90	29.5	98	54.5
6	61	5.5	90	29.5
7	98	54.5	97	44.5
8	99	59	79	10.5
9	99	59	90	29.5
10	79	10.5	97	44.5
11	84	17.5	90	29.5
12	84	17.5	90	29.5
13	90	29.5	99	59
14	98	54.5	98	54.5
15	90	29.5	97	44.5
16	79	10.5	90	29.5
17	90	29.5	97	44.5
18	84	17.5	98	54.5
19			90	29.5
20			84	17.5
21			97	44.5
22			90	29.5
23			97	44.5
24			90	29.5
25			50	3
26			79	10.5
27			97	44.5
28			61	5.5
29			97	44.5
30			84	17.5
31			97	44.5
32			84	17.5
33			39	2
34			97	44.5
35			27	1
36			84	17.5
37			97	44.5
38			84	17.5
39			61	5.5
40			90	29.5
41			97	44.5
42			79	10.5
Суммы:		539		1291

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.15 – Анализ значимости различий выраженности психологической защиты «регрессия» по U-критерию Манна-Уитни между двумя группами (методика «Индекс жизненного стиля»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	70	11	97	52
2	88	38	99	57.5
3	80	20.5	70	11
4	96	45.5	80	20.5
5	99	57.5	35	3
6	70	11	97	52
7	70	11	97	52
8	6	1	80	20.5
9	53	5	85	30
10	88	38	85	30
11	85	30	80	20.5
12	85	30	85	30
13	96	45.5	88	38
14	99	57.5	85	30
15	97	52	88	38
16	88	38	88	38
17	80	20.5	96	45.5
18	70	11	99	57.5
19			99	57.5
20			88	38
21			99	57.5
22			70	11
23			70	11
24			19	2
25			96	45.5
26			80	20.5
27			80	20.5
28			53	5
29			96	45.5
30			85	30
31			70	11
32			96	45.5
33			96	45.5
34			97	52
35			70	11
36			85	30
37			53	5
38			96	45.5
39			80	20.5
40			80	20.5
41			85	30
42			80	20.5
Суммы:		523		1307

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.16 – Анализ значимости различий выраженности психологической защиты «компенсация» по U-критерию Манна-Уитни между двумя группами (методика «Индекс жизненного стиля»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	95	42	78	16.5
2	63	8.5	95	42
3	78	16.5	88	28.5
4	88	28.5	95	42
5	78	16.5	95	42
6	88	28.5	97	52.5
7	95	42	63	8.5
8	78	16.5	88	28.5
9	37	3.5	97	52.5
10	63	8.5	95	42
11	97	52.5	63	8.5
12	88	28.5	78	16.5
13	37	3.5	88	28.5
14	99	58.5	88	28.5
15	95	42	63	8.5
16	88	28.5	88	28.5
17	99	58.5	97	52.5
18	78	16.5	20	1
19			95	42
20			88	28.5
21			95	42
22			37	3.5
23			78	16.5
24			95	42
25			78	16.5
26			88	28.5
27			97	52.5
28			95	42
29			99	58.5
30			95	42
31			78	16.5
32			88	28.5
33			88	28.5
34			99	58.5
35			95	42
36			97	52.5
37			88	28.5
38			97	52.5
39			63	8.5
40			37	3.5
41			78	16.5
42			97	52.5
Суммы:		499.5		1330.5

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
 Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.17 – Анализ значимости различий выраженности психологической защиты «проекция» по U-критерию Манна-Уитни между двумя группами (методика «Индекс жизненного стиля»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	46	43.5	36	28
2	36	28	27	13.5
3	64	52	20	7.5
4	64	52	27	13.5
5	46	43.5	7	2
6	36	28	64	52
7	20	7.5	36	28
8	36	28	46	43.5
9	90	60	20	7.5
10	36	28	27	13.5
11	27	13.5	46	43.5
12	36	28	36	28
13	36	28	36	28
14	72	57.5	64	52
15	46	43.5	36	28
16	36	28	27	13.5
17	46	43.5	12	4
18	36	28	46	43.5
19			64	52
20			12	4
21			36	28
22			64	52
23			46	43.5
24			6	1
25			36	28
26			20	7.5
27			72	57.5
28			27	13.5
29			72	57.5
30			36	28
31			46	43.5
32			46	43.5
33			36	28
34			36	28
35			36	28
36			27	13.5
37			27	13.5
38			72	57.5
39			36	28
40			36	28
41			64	52
42			12	4
Суммы:		640.5		1189.5

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
 Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.18 – Анализ значимости различий выраженности психологической защиты «замещение» по U-критерию Манна-Уитни между двумя группами (методика «Индекс жизненного стиля»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	77	15	93	33.5
2	97	43	65	8
3	65	8	77	15
4	97	43	98	52
5	97	43	77	15
6	37	2.5	99	58
7	65	8	65	8
8	6	1	86	24.5
9	97	43	99	58
10	97	43	93	33.5
11	77	15	77	15
12	97	43	65	8
13	97	43	98	52
14	98	52	93	33.5
15	99	58	86	24.5
16	93	33.5	97	43
17	98	52	98	52
18	86	24.5	99	58
19			77	15
20			77	15
21			86	24.5
22			86	24.5
23			48	4.5
24			77	15
25			86	24.5
26			93	33.5
27			37	2.5
28			77	15
29			99	58
30			86	24.5
31			48	4.5
32			86	24.5
33			86	24.5
34			97	43
35			98	52
36			98	52
37			93	33.5
38			93	33.5
39			93	33.5
40			97	43
41			97	43
42			86	24.5
Суммы:		570.5		1259.5

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.19 – Анализ значимости различий выраженности психологической защиты «рационализация» по U-критерию Манна-Уитни между двумя группами (методика «Индекс жизненного стиля»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	87	47	97	56.5
2	87	47	6	1.5
3	76	35	76	35
4	87	47	87	47
5	99	59.5	42	12
6	76	35	28	6.5
7	92	53	87	47
8	59	21.5	76	35
9	99	59.5	76	35
10	6	1.5	42	12
11	59	21.5	59	21.5
12	42	12	76	35
13	76	35	87	47
14	97	56.5	17	3.5
15	59	21.5	17	3.5
16	76	35	59	21.5
17	76	35	59	21.5
18	59	21.5	42	12
19			59	21.5
20			76	35
21			59	21.5
22			28	6.5
23			97	56.5
24			42	12
25			87	47
26			76	35
27			97	56.5
28			42	12
29			87	47
30			76	35
31			92	53
32			28	6.5
33			76	35
34			92	53
35			59	21.5
36			59	21.5
37			76	35
38			28	6.5
39			59	21.5
40			42	12
41			76	35
42			87	47
Суммы:		644		1186

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.20 – Анализ значимости различий выраженности психологической защиты «реактивные образования» по U-критерию Манна-Уитни между двумя группами (методика «Индекс жизненного стиля»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	99	56	99	56
2	76	18.5	98	48
3	91	31	97	40.5
4	99	56	91	31
5	99	56	61	8
6	99	56	98	48
7	76	18.5	76	18.5
8	99	56	98	48
9	76	18.5	29	2.5
10	91	31	61	8
11	76	18.5	29	2.5
12	76	18.5	61	8
13	76	18.5	91	31
14	91	31	91	31
15	97	40.5	91	31
16	76	18.5	76	18.5
17	61	8	61	8
18	98	48	91	31
19			98	48
20			97	40.5
21			99	56
22			61	8
23			76	18.5
24			61	8
25			97	40.5
26			29	2.5
27			99	56
28			98	48
29			99	56
30			29	2.5
31			91	31
32			91	31
33			97	40.5
34			98	48
35			76	18.5
36			97	40.5
37			97	40.5
38			76	18.5
39			91	31
40			76	18.5
41			76	18.5
42			97	40.5
Суммы:		599		1231

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.21 – Анализ значимости различий выраженности иррациональной установки «катастрофизация» по U-критерию Манна-Уитни между двумя группами (методика «Диагностика иррациональных установок»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	27	15.5	17	1.5
2	39	46	27	15.5
3	27	15.5	41	56.5
4	23	6.5	41	56.5
5	17	1.5	35	32.5
6	30	22	26	12
7	23	6.5	37	38.5
8	25	10	38	41.5
9	32	23.5	39	46
10	39	46	37	38.5
11	28	18.5	39	46
12	33	26.5	40	52
13	26	12	33	26.5
14	29	20.5	40	52
15	35	32.5	40	52
16	34	29.5	35	32.5
17	36	35.5	41	56.5
18	39	46	41	56.5
19			42	59
20			35	32.5
21			39	46
22			37	38.5
23			19	3.5
24			40	52
25			29	20.5
26			33	26.5
27			21	5
28			24	8.5
29			27	15.5
30			32	23.5
31			24	8.5
32			28	18.5
33			26	12
34			19	3.5
35			34	29.5
36			38	41.5
37			40	52
38			37	38.5
39			36	35.5
40			45	60
41			39	46
42			33	26.5
Суммы:		414		1416

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.22 – Анализ значимости различий выраженности установки «долженствование в отношении себя» по U-критерию Манна-Уитни между двумя группами (методика «Диагностика иррациональных установок»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	21	5	16	2.5
2	32	34.5	28	20
3	33	39	31	30.5
4	33	39	36	49.5
5	16	2.5	34	43.5
6	45	60	28	20
7	27	14	36	49.5
8	27	14	31	30.5
9	30	27.5	37	52.5
10	33	39	35	46.5
11	27	14	34	43.5
12	27	14	34	43.5
13	27	14	33	39
14	29	25	28	20
15	24	9	34	43.5
16	28	20	35	46.5
17	23	6.5	26	11
18	32	34.5	24	9
19			33	39
20			44	58.5
21			28	20
22			31	30.5
23			15	1
24			29	25
25			29	25
26			28	20
27			28	20
28			32	34.5
29			24	9
30			43	56.5
31			19	4
32			30	27.5
33			31	30.5
34			23	6.5
35			43	56.5
36			38	54.5
37			32	34.5
38			36	49.5
39			37	52.5
40			44	58.5
41			36	49.5
42			38	54.5
Суммы:		411.5		1418.5

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.23 – Анализ значимости различий выраженности установки «долженствование в отношении других» по U-критерию Манна-Уитни между двумя группами (методика «Диагностика иррациональных установок»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	31	24	37	54
2	37	54	21	2.5
3	21	2.5	34	36.5
4	27	11	28	13
5	37	54	36	47.5
6	20	1	30	20.5
7	28	13	29	16.5
8	31	24	38	57.5
9	28	13	35	42
10	43	60	34	36.5
11	25	7.5	33	29
12	39	59	38	57.5
13	25	7.5	34	36.5
14	24	5.5	29	16.5
15	34	36.5	36	47.5
16	37	54	35	42
17	33	29	30	20.5
18	29	16.5	33	29
19			30	20.5
20			36	47.5
21			34	36.5
22			34	36.5
23			29	16.5
24			36	47.5
25			33	29
26			26	9.5
27			37	54
28			33	29
29			24	5.5
30			30	20.5
31			31	24
32			33	29
33			33	29
34			26	9.5
35			34	36.5
36			36	47.5
37			36	47.5
38			35	42
39			34	36.5
40			36	47.5
41			36	47.5
42			23	4
Суммы:		472		1358

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.24 – Анализ значимости различий уровня фрустрационной толерантности по U-критерию Манна-Уитни между двумя группами (методика «Диагностика иррациональных установок»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	31	22.5	30	18
2	42	53	27	9
3	35	34.5	30	18
4	20	1	27	9
5	30	18	52	59
6	27	9	29	15
7	33	26.5	27	9
8	27	9	31	22.5
9	31	22.5	36	38.5
10	29	15	31	22.5
11	25	4.5	35	34.5
12	28	13	40	48
13	22	2	38	43.5
14	27	9	39	45.5
15	33	26.5	31	22.5
16	47	57.5	37	41
17	34	29.5	41	50.5
18	42	53	40	48
19			41	50.5
20			34	29.5
21			47	57.5
22			40	48
23			35	34.5
24			54	60
25			35	34.5
26			34	29.5
27			38	43.5
28			44	56
29			23	3
30			25	4.5
31			39	45.5
32			37	41
33			35	34.5
34			29	15
35			27	9
36			42	53
37			35	34.5
38			36	38.5
39			37	41
40			43	55
41			31	22.5
42			34	29.5
Суммы:		406		1424

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Расчёт U-критерия Манна-Уитни

Таблица Д.25 – Анализ значимости различий уровня самооценки и рациональности мышления по U-критерию Манна-Уитни между двумя группами (методика «Диагностика иррациональных установок»)

№	Выборка 1	Ранг 1	Выборка 2	Ранг 2
1	22	3.5	12	1.5
2	50	60	23	6
3	30	29	28	22
4	38	52.5	28	22
5	12	1.5	35	43
6	26	13	28	22
7	27	17.5	33	37.5
8	25	9	27	17.5
9	23	6	38	52.5
10	29	26	38	52.5
11	23	6	38	52.5
12	22	3.5	33	37.5
13	28	22	29	26
14	30	29	26	13
15	32	33.5	32	33.5
16	27	17.5	38	52.5
17	30	29	37	48.5
18	36	45.5	31	31.5
19			39	56
20			36	45.5
21			26	13
22			42	59
23			26	13
24			37	48.5
25			34	41.5
26			25	9
27			31	31.5
28			38	52.5
29			28	22
30			40	57.5
31			25	9
32			36	45.5
33			34	41.5
34			27	17.5
35			33	37.5
36			36	45.5
37			33	37.5
38			33	37.5
39			40	57.5
40			29	26
41			33	37.5
42			26	13
Суммы:		404		1426

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Коррекционная программа «Отношение к болезни»

Упражнения-ритуалы (приветствие и прощание):

Упражнение «Здравствуйте»

Участники игры становятся в круг. Ведущий предлагает ребятам поздороваться со своими соседями справа и слева определенным способом. Например, как принято в некоторых странах, при этом он называет страну и принятый способ приветствия.

Варианты приветствий:

- а) в России принято пожимать друг другу руку;
- б) в Италии – горячо обниматься;
- в) в Бразилии – хлопать друг друга по плечу;
- г) в Зимбабве – трутся спинами;
- д) в Македонии – здороваются локтями;
- е) в Никарагуа – приветствуют друг друга плечами;
- ж) у австралийских аборигенов принято тройное приветствие: а) хлопнуть по ладоням; б) подпрыгнуть; с) толкнуть бедром.

Упражнение-прощание

Тренер объявляет об окончании занятий, предлагает участникам сесть в круг и говорит: «Мы завершаем нашу работу. Сейчас каждый по очереди будет ставить перед собой этот стул. Остальные участники группы по желанию и в любом порядке будут подходить, садиться перед вами на стул и называть одно качество, которое, на их взгляд, помогает вам в общении, и одно, которое мешает. При этом надо помнить, что называть следует те качества, которые проявились в ходе работы группы и поддаются коррекции».

ПЕРВЫЙ БЛОК

Цель: сплочение коллектива и построение эффективного взаимодействия.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е
Коррекционная программа «Отношение к болезни»

Упражнение «Пожалуйста»

Цель: Поднять настроение, и настроиться на дальнейшие упражнения.

Ход упражнения:

Вариант 1. Все участники игры вместе с ведущим становятся в круг. Ведущий говорит, что он будет показывать разные движения (физкультурные, танцевальные, шуточные), а играющие должны их повторять лишь в том случае, если он к показу добавит слово «пожалуйста». Кто ошибется, выбывает из игры.

Вариант 2. Игра идет так же, как в первом варианте, но только тот, кто ошибется, выходит на середину и выполняет какое-нибудь задание, например, улыбнуться, попрыгать на одной ноге и т.д.

Упражнение «Мы с тобой похожи тем, что...»

Цель: познакомиться (если не знают друг друга) узнать друг друга, чем они похожи, для того, что бы уже найти приятелей по интересам.

Ход упражнения: Участники выстраиваются в два круга – внутренний и внешний, лицом друг к другу. Количество участников в обоих кругах одинаковое. Участники внешнего круга говорят своим партнерам напротив фразу, которая начинается со слов: «Мы с тобой похожи тем, что...». Например: что живем на планете Земля, учимся в одном классе и т.д. Участники внутреннего круга отвечают: «Мы с тобой отличаемся тем, что...» Например: что у нас разный цвет глаз, разная длина волос и т.д. Затем по команде ведущего участники внутреннего круга передвигаются (по часовой стрелке), меняя партнера. Процедура повторяется до тех пор, пока каждый участник внутреннего круга не повстречается с каждым участником внешнего круга.

Упражнение «Постройтесь по росту!»

Цель: Преодолеть барьеры в общении между участниками,

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е
Коррекционная программа «Отношение к болезни»

раскрепостить их.

Ход упражнения: Участники становятся плотным кругом и закрывают глаза. Их задача состоит в том, чтобы построиться в ряд по росту с закрытыми глазами. Когда все участники найдут свое место в строю, надо дать команду открыть глаза и посмотреть, что же получилось. После упражнения можно обсудить, сложно ли было выполнить это задание (как себя чувствовали участники) или нет.

Примечание: Игра имеет несколько вариантов. Можно дать задание построиться по цвету глаз (от самых светлых до самых темных, разумеется, не закрывая глаза), по цвету волос, по теплоте рук и т.д.

Упражнение «Печатная машинка»

Цель: Выработка навыков сплоченных действий.

Ход упражнения: Участники упражнения должны отгадать фразу. Буквы - ее составляющие, распределяются между всеми. Фраза должна быть произнесена как можно быстрее, причем каждый произносит свою букву, а в промежутках между словами все хлопают в ладоши.

Упражнение «Путанка»

Цель: Сплочение, улучшение взаимопонимания участников.

Ход упражнения: Все берутся за руки, стоя в кругу и начинают запутываться. Когда запутались все, и получилась одна большая «путанка», можно вообразить, что вся группа превратилась в одного огромного зверя. Теперь срочно необходимо определить, где находится его голова, а где хвост. («Кто будет головой? А кто хвостом?», – спрашивает ведущий). Когда зверь сориентировался, где его право, а где его лево, он должен научиться двигаться во все стороны, в том числе и назад. А потом, зверь должен пробежаться, и может быть даже кого-то, попавшегося по пути, «съесть»

Упражнение «Поезд»

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Коррекционная программа «Отношение к болезни»

Цель: Сплочение, повышение взаимного доверия участников, тренировка уверенности поведения при необходимости действовать в условиях недостатка информации, положившись на партнеров.

Ход упражнения: 6-8 участников изображают «поезд», встав в колонну и положив руки на плечи стоящим впереди. Все, кроме первого, закрывают глаза. Этому «поезду» нужно проехать через препятствия, которые изображают другие участники. При малом количестве играющих часть препятствий можно изобразить с помощью стульев.

Задача «поезда» – проследовать от одной стены помещения до другой, по пути обязательно объехав по кругу 3-4 препятствия (ведущий указывает, какие именно) и, не столкнувшись с остальными. Препятствия, изображенные с помощью других игроков (желательно, чтобы те, которые нужно объехать по кругу, были именно из их числа), при приближении к ним «вагонов поезда» на опасно-близкое расстояние могут издавать предостерегающие звуки – например, начинать шипеть.

Игра повторяется несколько раз, чтобы дать возможность каждому побыть и в роли препятствий, и в составе «поезда».

Если участников много и позволяют размеры помещения, можно сделать игру более динамичной, запуская одновременно по два «поезда».

Упражнение «Счёт до десяти»

Цель: прочувствовать друг друга, понять без слов и мимики.

Ход упражнения: «Сейчас по сигналу «начали» вы закроете глаза, опустите свои носы вниз и попытаетесь посчитать от одного до десяти. Но хитрость состоит в том, что считать вы будете вместе. Кто-то скажет «один», другой человек скажет «два», третий скажет «три» и так далее +. Однако в игре есть одно правило: слово должен произнести только один человек. Если два голоса скажут «четыре», счёт начинается сначала. Попробуйте понять

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е
Коррекционная программа «Отношение к болезни»

друг друга без слов.

Игра «Машина с характером»

Цель: сплочение группы.

Ход упражнения: Вся группа должна построить воображаемую машину. Ее детали – это только слаженные и разнообразные движения и возгласы игроков. Во время игры нельзя разговаривать. Попросите одного добровольца (игрок 1) выйти на середину круга и скажите ему: «Я хочу, чтобы сейчас ты начал выполнять какие-нибудь повторяющиеся движения. Может быть, ты хочешь попеременно вытягивать руки вверх, или поглаживать живот правой рукой, или прыгать на одной ноге. Годится любое действие, но ты должен непрерывно повторять его. Если хочешь, можешь свои движения сопровождать возгласами». Когда игрок 1 определится со своими действиями, он становится первой деталью машины. Теперь следующий доброволец может стать второй деталью. Игрок 2, со своей стороны, выполняет движения, которые дополняют действие первого игрока. Если, например, игрок 1 смотрит вверх, поглаживает себя по животу и при этом в промежутке попеременно говорит «Ах» и «Ох», то игрок 2 может встать сзади и каждый раз, когда игрок 1 говорит «Ах», разводит руками, а при заключительном «Ох» один раз подпрыгивать. Он может также встать боком к игроку 1, класть ему правую руку на голову и при этом говорить «Ау», причем для своего «Ау» выбрать момент между «Ах» и «Ох». Когда движения первых добровольцев обретут достаточную скоординированность, к ним может присоединяться третий игрок. Каждый игрок должен стать новой деталью увеличивающейся машины и пытаться сделать ее более интересной и многогранной. Каждый может выбрать себе место, где он мог бы расположиться, а также придумать свое действие и возгласы.

Когда задействованы все игроки. Вы можете позволить фантастической

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Коррекционная программа «Отношение к болезни»

машине полминуты работать в выбранном группой темпе. Потом предложите, чтобы скорость работы несколько увеличилась, затем слегка замедлилась, потом начала останавливаться. В конце концов машина должна развалиться.

Упражнение «Опустить предмет»

Цель: Тренировка умения действовать решительно и, в то же время, координировать собственную активность с действиями других людей.

Ход упражнения: 6-10 участникам дают гимнастический обруч и просят держать его горизонтально на указательных пальцах вытянутых рук. Вместо обруча можно использовать и другие предметы подходящих размеров и веса (например, швабру или сделанную из плотного картона настенную таблицу размером приблизительно 1х1 м).

Задача участников: опустить предмет в указанное ведущим место. При этом он должен постоянно лежать на указательных пальцах всех участников; если чей-то палец теряет контакт с предметом или он падает, игра начинается заново.

Упражнение «А я еду...»

Цель: разрядка участников, расслабление.

Ход упражнения: Участники садятся в круг. В кругу на один стул больше. Один из участников по часовой стрелке садится на пустой стул и говорит: «А я еду». Следующий участник, по цепочке, передвигается на пустой стул и говорит: «А я рядом». Следующий за ним, садится на освободившийся стул и говорит «А я зайцем». Следующий, пересаживается и говорит: «А я с ...» (имя любого участника). Названный человек пересаживается рядом. Таким образом, круг разрывается, и вся цепочка начинается заново. С каждым разом участники пересаживаются по часовой стрелке все быстрее и быстрее.

Упражнение «Переправа»

Цель: Сплочение, «ломка» пространственных барьеров между участни

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е
Коррекционная программа «Отношение к болезни»

ками, тренировка уверенного поведения в ситуации вынужденного физического сближения, необходимости решить нетривиальную задачу в межличностном взаимодействии.

Описание упражнения: Участники стоят плечом к плечу на полосе шириной 20-25 см. Игра проходит интереснее, если эта полоса представляет собой не просто линию на полу, а небольшое возвышение: например, гимнастическую скамейку, бордюрный камень на обочине дороги или бревно на лесной поляне. Каждый участник поочередно переправляется с одного конца шеренги на другой. Ни ему, ни тем, кто стоит в шеренге, нельзя касаться ничего за пределами той полосы, на которой стоят участники.

Упражнение-игра «Тик-так»

Цель: Игра веселая и легкая, помогает снять напряжение предыдущего упражнения.

Ход упражнения: Участники передают друг другу звуковую передачу: «тик» – направо, «так» – налево по кругу. «Бум» – означает перемену направления передачи звука. Любой участник игры имеет право изменить направление передачи.

ВТОРОЙ БЛОК

Упражнение «Преодоление страха» (Эллис А.)

Если страх является следствием нерационального представления (ложного, не имеющего реальную основу) тогда необходимо сделать посмеяться над своим страхом, а также над страхом перед страхом.

Например, зачем Вам нужно одобрение Ваших родных по приготовленному обеду? Мыслите рационально: если бы блюдо было невкусным (пересоленным, недоваренным, слишком жирным и т.п.), то они точно бы об этом сказали, а раз молча кушают, значит им все нравится. Посмейтесь над тем, что Вы ждете одобрение там, где его не следует ждать?

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е
Коррекционная программа «Отношение к болезни»

а) Честно и откровенно расскажите о своем страхе доверительному лицу и покажите свои эмоции, которые Вы при этом испытываете;

б) Постарайтесь найти первопричину Вашего страха, т.е. иррациональное (неправильное, ложное) представление о должном и заменить его на рациональное(разумное);

в) Наблюдайте за своими страхами, признавайтесь себе, что они мелочны и ничтожны и находите «правильное» представление о должном, оспаривайте и постепенно преодолевайте их.

Например, Вы испытываете страх из-за того, что боитесь показать другим, как Вы тревожитесь за кого-либо или что-либо. Поймите, нет ничего постыдного и страшного в том, что другие увидят, что Вы встревожены. Сознайтесь себе в том, что Ваш страх перед проявлением своих эмоций – беспочвенен и необоснованный. Запомните, что каждый человек имеет право на эмоции и переживания.

Упражнение «Повышение творческой активности» (Скотт Д.)

Цель: формирование способности принимать решения.

Шаг 1. Записываем идеи и решения проблемы – без особых раздумий взять лист бумаги и написать первые, которые пришли Вам в голову решения данной проблемы. Это необходимо для того, чтобы исключить все Ваши возможные страхи и переживания за последующую неудачу, исключить все «тормоза» и влияние механизмов Вашего сознания, которые могут, а самое страшное, что наверняка возникнут при длительных размышлениях.

Шаг 2. Самооценка решений – это критико-аналитическая часть упражнения, которая позволит выявить годные и непригодные решения. Оценивать свои решения нужно по 5-ти бальной системе, от большего разумного и верного решения (оценка «5»), к самому нецелесообразному (оценка «2»).

Шаг 3. Отбор лучшего решения – это может быть один самый подхо

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е
Коррекционная программа «Отношение к болезни»

дящий вариант, а может быть комбинация из нескольких, которые приведут к положительному решению проблемы.

Упражнение «Снятие стресса» (Шрайнер К.)

Цель: «очищение мозга» от «ненужных» мыслей.

Шаг 1. Прислушайтесь к своим чувствам, которые Вы испытываете во время стресса, возможно Вас «прошибает пот» или Вы напряженные от ожидания.

Шаг 2. Теперь специально сделайте так, чтобы прочувствовать тот момент, когда Вы сильно напряжены. Задайтесь вопросом и ответьте на него: «Ради чего и зачем я так напрягаюсь?».

Шаг 3. Теперь задайте себе следующий вопрос: «А что мне нужно для того, чтобы я почувствовал (-а) себя лучше?».

Шаг 4. На 2-3 минуты преувеличьте свои ощущения, пусть Вас на это время «прошибет пот» или наступит колоссальное напряжение. Ничего не предпринимая просто прочувствуйте это состояние и убедитесь в том, что оно занимает очень много энергии и сил, и что эта энергия тратиться в пустую.

Шаг 5. После проведенного эксперимента-наблюдения ответьте себе: «Нужно ли мне такое напряжение? Хорошо ли это для меня? Хочу ли я избавиться от него?».

Шаг 6. Следующим шагом будет осознание того, что Ваши требования создают чувство отчаяния.

Шаг 7. Приступаем непосредственно к релаксации. Для этого нужно представить, что все Ваши мышцы стали подобием податливого теста или поролона. Постарайтесь поймать состояние равновесия.

Шаг 8. «Очищаем свой мозг от ненужного» и делаем что-то конструктивное и нужное вместо того, чтобы впустую тратить свои силы и энергию

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е
Коррекционная программа «Отношение к болезни»

для бесполезного напряжения или «прошибания».

Шаг 9. Последним шагом будет осознанная замена Ваших требований на Ваши предпочтения.

Упражнение «Разрешение стрессовой ситуации методом «Взмаха»» (Бендлер Р.)

Встаньте удобно или сядьте и закройте глаза. Теперь представьте себе, что у Вас в обеих руках по одной фотографии:

а) в одной руке карточка, где сфотографирована Ваша проблема или отрицательная ситуация, которую не желали бы видеть. Она мрачная, все негативное и размытое;

б) в другой руке карточка, где сфотографирована приятная ситуация в ярких разноцветных красках, глядя на которую Вас посещают положительные эмоции, такие как радость, успокоение, счастье и т.п.

Теперь одним взмахом, т.е. молниеносно опускайте негативную фотографию на колено, чтобы Вы ее перестали видеть, а позитивную поднимайте до уровня глаз.

Это упражнение необходимо делать в тот момент, когда стрессовая ситуация проявляется, и у Вас наступает напряжение. Подобную молниеносную замену фотографий нужно делать до тех пор, пока положительный образ окончательно не вытеснит отрицательный.

ТРЕТИЙ БЛОК

Упражнение «Коррекция негативного поведения путем самоанализа» (Рейуортер Д.)

Быть безучастным сторонним наблюдателем – это главное условие при выполнении данного упражнения. Вы должны прислушиваться, концентрировать свое внимание, осознавать свои чувства, прочувствовать их и запомнить, но при этом ничего не менять. Делаются подобные упражнения уеди

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е
Коррекционная программа «Отношение к болезни»

ненно, чтобы Вам не мешали и не отвлекали.

Шаг 1. Концентрируемся на своем физическом теле:

а) неважно, сидите ли Вы, лежите или стоите, обратите внимание на то, как расположены ноги, руки, опущена или закинута голова, сгорблена ли спина и т.п.;

б) сконцентрируйтесь на том, где сейчас Вам больно или чувствуется напряжение и т.п.;

в) прислушиваемся к дыханию и сердцебиению.

Внушите себе: «Это мое тело, но я не есть тело».

Шаг 2. Концентрируемся на своих чувствах:

а) прислушиваемся к своим чувствам, которые Вы сейчас испытываете;

б) найдите и отделите у этих чувств положительную сторону и отрицательную.

Внушите себе: «Это мои чувства, но я не есть эти чувства».

Шаг 3. Концентрируемся на своих желаниях:

а) перечислите имеющиеся желания и стремления, если они есть у Вас;

б) не задумываясь над их важностью и не ставя приоритетов, перечисляйте их одним за другим.

Внушите себе: «Это мои желания, но я не есть эти желания».

Шаг 4. Концентрируемся на своих мыслях:

а) поймите мысль, которую Вы сейчас думаете. Даже если Вы думаете, что у Вас в данный момент времени нет никаких мыслей – это и есть мысль и за ней нужно понаблюдать;

б) если мыслей много, то понаблюдайте, как одна мысль сменяет другую. Совсем не важно, правильны ли они и рациональные, просто сконцентрируйтесь на них.

Внушите себе: «Это мои мысли, но я не есть эти мысли».

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е
Коррекционная программа «Отношение к болезни»

Подобное упражнение «Самокоррекции» относится к техникам психосинтеза и позволит понаблюдать и увидеть свое тело, чувства, желания и мысли как бы со стороны.

Упражнение «Кто я?» (Йоуменс Т.)

Цель: помочь развить в себе самосознание и выявить свое настоящее «Я».

Каждый человек подобен многослойной луковице, где слой за слоем спрятано наше истинное «Я». Такими слоями могут быть маски, которые мы каждый день «выбираем» под подходящий случай и «надеваем» на себя, чтобы люди не увидели наших истинных чувств или тех качеств, которых мы стесняемся или которых не любим в себе. Но есть слои и положительные, которые мы игнорируем и не признаем себе, что они «хорошие». Увидеть за всеми этими слоями свою настоящую сущность, свое живое ядро, свою личность – это то, что благодаря этому упражнению Вам постепенно, шаг за шагом удастся сделать.

Шаг 1. В тетрадке на первой страничке напишите вопрос-заголовок «Кто я?». Теперь поставьте время и запишите предельно честный ответ. Отбросьте мнение окружающих или что говорят о Вас родные, запишите именно то, как думаете Вы. Этот шаг можно делать по несколько раз в день или ежедневно, каждый раз проставляя дату и отвечая откровенно: «Кто Вы, по Вашему мнению?».

Шаг 2. Удобно сядьте и закройте глаза. Задайте себе этот же вопрос и представьте ответ в виде образа. Не корректируйте его и не рассуждайте, а уловите именно тот образ, который возник у Вас сразу же после вопроса. Открыв глаза, сразу же опишите это возникший образ, вспомните, какие чувства Вы испытали, увидев его, и что этот образ значит для Вас.

Шаг 3. Встаньте в середину комнаты и закройте глаза. Задайте себе тот

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е
Коррекционная программа «Отношение к болезни»

же вопрос и прочувствуйте те движения, который начнет делать Ваше тело. Не контролируйте их, не мешайте, не вносите корректировки, а доверьтесь телу. Обязательно запомните эти движения, ведь именно таким образом оно отвечает на поставленный вопрос.

Упражнение «Диалог с самим собой с целью экстренной самопомощи» (Сандомирский М.Е.)

Цель: срочно помочь себе снять возникший телесный эмоциональный дискомфорт. Упражнение нужно делать уединенно, чтобы не мешали.

Шаг 1. Закройте глаза и представьте перед собой зеркало, а в нем Ваше отображение. Присмотритесь: как Вы выглядите в момент наступившего дискомфорта, как это отражается на выражении Вашего лица, на осанке.

Шаг 2. Сконцентрируйтесь на физических ощущениях и найдите места, где именно испытываются неуютные ощущения.

Шаг 3. Суть следующего шага заключается в следующем: Вы должны сами себе (т.е. воображаемому собеседнику, своему отображению) сказать все те слова, которые, по Вашему мнению, успокоят Вас в данной ситуации, ободрят, остановят навязчивую тревогу, самосожаление, самобичевание, самообвинения и восстановит Ваше самоуважение и достоинство. Вложите в эти слова столько эмоциональности и чувств, сколько, по Вашему мнению, нужно будет для достижения поставленной цели. Ваш воображаемый «зеркальный» собеседник будет реагировать на Ваши слова, и его ответная реакция станет Вам сигналом – попали ли Ваши слова в цель или они были произнесены впустую.

Шаг 4. Переключитесь на свои физические ощущения. Если слова дошли до цели, то физические страдания будут утихать, и дискомфорт со временем исчезнет. Если же этого не произошло, повторите шаг 3 еще раз.

При необходимости данное упражнение можно повторять несколько

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е
Коррекционная программа «Отношение к болезни»

раз, главное – это заставить стихнуть физическому эмоциональному дискомфорту – это и есть срочная мгновенная экстренная самопомощь.

ЧЕТВЕРТЫЙ БЛОК

Упражнение «Ручей»

Это – структурное предложение, с мягким внушением, содержание которого остается, однако, совершенно неопределенным. Обычно этого достаточно, чтобы побудить пациента найти какой-то ручей. Конечно же, может произойти и обратное – мотив ручья не установится. В этом случае можно сделать вывод о некотором сопротивлении или защите. В положительном же случае мы даем сначала пациенту возможность описать детали ручья. Не спрашивая о деталях, терапевт просит рассказать о впечатлениях.

Ручей может быть и маленькой канавкой, и широким потоком, и рекой. Терапевт просит сообщить о таких признаках, как скорость течения, чистота воды, характер берега и его растительности. Можно опять спросить, что пациенту хотелось бы здесь сделать. В то время как одни не проявляют инициативы, другим хочется опустить в воду ноги, побродить по ручью, поискать рыб и т.д.

Какое символическое значение мы можем приписать мотиву ручья? Ручей – это текущая вода, которая из источника устремляется по различным потокам в сторону моря и вливается в него. Основной мотив ручья – мотив постоянно текущего потока, в котором в то же время проявляется развитие.

Мотив ручья является выражением текущего психического развития, беспрестанного развертывания психической энергии.

Вода как «элемент» несет в себе жизненную силу. Конец реки, море – особый случай мотива «воды» – считается обычно символом бессознательно-го в целом.

После того, как пациент подробно рассмотрел и описал ручей, ему

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е
Коррекционная программа «Отношение к болезни»

предлагается на выбор – пойти вверх по течению к источнику или вниз по течению на такое расстояние, на какое он сможет. Идти вверх по течению легче, чем вниз. Для идеально здорового человека проследить ручей вниз по течению не будет особенно трудным. Он расскажет, как ручей становится все шире и шире, как он протекает через различные ландшафты, появляются большие деревни и города, потом он, может быть, впадает в большую реку. Следуя дальше по его течению, в конце концов, можно прийти к месту его впадения в море. Тогда уже море само по себе станет особым мотивом.

Пациенту предлагается смочить водой лицо, попробовать воду на вкус. При этом обращается внимание на то, чувствует или нет пациент какую-либо влагу, в какой степени он может описать декорации окружения, какой эмоциональный тон и какое настроение они создают.

Упражнение «Гора»

Мотив горы можно направить двумя различными способами: первая и более короткая установка – рассматривание и точное описание вида горы издали. Вторая установка включает подъем в гору, который начинается непосредственно с дороги на лугу и должен привести на вершину.

При описании важно подробно охарактеризовать форму, высоту (сколько примерно метров может быть в этой горе?), какие деревья на ней растут и есть ли они вообще, какие горные породы ее слагают, покрыта ли она снегом и т.д. В конце задается особенно важный вопрос: хотел бы пациент подняться на эту гору? Пациента просят рассмотреть и описать эмоциональные впечатления и качества горы, ее «излучение». Важно замечать, какими признаками описывается гора, так как перечисленные ее качества можно перенести на людей. Пациенты наделяют гору качественными понятиями, которые принято использовать при характеристике людей.

Мотив горы в первом способе – особенно хорошая модель для того,

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е
Коррекционная программа «Отношение к болезни»

чтобы четко показать объекты репрезентаций, то есть отражение самых близких людей из раннего детства, так называемых эмоционально значимых лиц или лиц отношения.

Упражнение «Заглянуть во мрак леса»

Лес – темная область земного ландшафта, которую нельзя видеть насквозь и где может скрываться все или ничего. В лесу безмятежно и свободно живут дикие звери; в лесу могут обитать злые и добрые существа, вроде фей, гномов, ведьм, разбойников и т.п. Лес часто внушает нам неопределенный страх.

В глубинной психологии лес является символом бессознательного. Никакой другой мотив основной ступени символдрамы не переживается так противоречиво, как лес. На этот мотив могут проецироваться очень амбивалентные, эмоциональные переживания. Здесь одновременно смешиваются чувства страха и удовольствия.

На основной ступени символдрамы терапевт принципиально удерживает пациента от вхождения в лес. Это относится и к тем случаям, когда пациент хочет туда пойти по собственному побуждению. Опять-таки необходимо помнить о том, что в работе с образами и символами пациент ни в коей мере не может быть для себя все время лучшим советчиком.

На основной ступени задача психотерапевта – сохранение покровительственной позиции и избегание опасных ситуаций. Необходимо следовать старой психотерапевтической рекомендации – не освобождать на сеансе больше бессознательного материала, чем психика пациента сама спонтанно готова открыть. Работа с мотивом опушки леса означает осуществление этой возможности. Здесь речь идет об области бессознательного, которая находится непосредственно на земле, то есть поблизости от сознания.

Представляющиеся символические образы должны выходить из леса на

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е
Коррекционная программа «Отношение к болезни»

луг, в известной степени из бессознательного на свет сознания. Цель терапии в том, чтобы путем выхода из леса на луг вывести на свет сознания отщепленные и вытесненные пациентом тенденции. Занимаясь с ними, пациент принимает и признает их. Он описывает их, приближается к ним, позднее, возможно, даже сможет дотрагиваться и гладить их, как обычно поступают с животными. Часто пациенты к этому не готовы. И тогда психотерапевт должен помочь им, применяя специальные режиссерские принципы работы с образами, о которых мы поговорим чуть позднее.

Рефлексия

- а) Какие психологические качества у вас проявились при участии в тренинге?
- б) Какие чувства испытывали?
- в) Что нового узнали о себе, о группе?
- г) Как будете использовать эти знания?
- д) Чему научились?
- е) Как это пригодится в будущем?
- ж) Что было важным?
- з) Над чем вы задумались?
- и) Что происходило с вами?
- к) Что нужно развивать на будущее?