Содержание

Введение

. Теоретическое обоснование исследования влияния соматических заболеваний на психологическое здоровье клиентов практического психлога

.1 Понятие "психологическое здоровье" и его критерии

.2 Определение понятия соматическое заболевание и психологические особенности больных страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями

.3 История современного изучения связи психического состояния и заболеваний внутренних органов

.4 Типы отношения людей к своей болезни

Выводы по первой главе

. Эмпирическое исследование влияния сердечно-сосудистых заболеваний на психологическое здоровье клиентов

.1 Методики и процедура эмпирического исследования

.2 Результаты исследования и их обсуждение

Выводы по второй главе

Заключение

Список использованных источников

Приложения

соматический психологический болезнь сердечный

Введение

Тема этой дипломной работы "Влияние соматических заболеваний на психологическое здоровье клиентов практического психолога", выбрана не случайно. Болезнь вносит свои коррективы в жизнь человека и влияет на его качество жизни и психическое здоровье. Важным является подход к людям, имеющим хронические заболевания, помощь им должна быть комплексной, т.е. направленной не только на устранение заболевания, но и на последствия, связанные с заболеванием. Количество людей, имеющих хронические соматические заболевания, с каждым годом увеличивается. Эта проблема становится социально-экономической, не только в нашей стране, но и в других странах мира. Проблема связи душевного состояния и заболеваний внутренних органов в настоящее время остается предметом многочисленных исследований в России и за рубежом (Белокрылова М.Ф., 2000;Лебедева В.Ф., Семке В.Я., 2007; Смулевич А.Б., 2007; Härter M. и соавт., 2007; L.Levenson, 2004). Сложности, возникающие при распознавании и дифференциации психосоматических расстройств, связаны с тем, что они занимают как бы промежуточное положение между психической и соматической патологией, соответственно психосоматические расстройства необходимо отграничивать от проявлений как соматических, так и психических заболеваний (А.Б.Смулевич 2000г.).

Актуальность рассматриваемой темы обусловлена необходимостью изучения, анализа и обобщения очень разрозненных данных, имеющихся в психологической теории и практике, рассмотрения концепции психологического здоровья личности, опирающуюся на понятие жизненных сил, индивидуальную и социальную субъектность человека. Трудность исследуемой тематики состоит в том, что сам термин "здоровье" в менталитете россиян однозначно связан с медициной, а его нарушение - с обязательным лечением у врача, экстрасенса, ясновидящего, других различных направлений традиционной и нетрадиционной медициной. Психическое здоровье связывается обычно со специалистами в области психиатрии и психотерапии. При этом современная психология обладает целым арсеналом техник и технологий психологического консультирования, психологической терапии, психологической коррекции, психологической диагностики. Именно этот круг вопросов и относится, на мой взгляд, к сфере не медицины, а психологии, и его можно обозначить как психологическое здоровье (саноцентрический, феноменологический подход), а не психическое здоровье (медицинский подход). Такая постановка проблемы является принципиальной, так как обозначает совершенно другой подход к оказанию помощи не "пациенту" (обозначает поиск болезни, которую надо лечить с помощью различных медикаментозных средств), а "клиенту" (которому нужно помочь сформировать мотивацию: желание измениться, решить свою проблему, помочь найти пути, наиболее отвечающие эффективному саморазвитию личности и др.).

Актуальность вышеизложенного послужила основанием для постановки проблемы исследования: какова взаимосвязь соматических заболеваний и психологического здоровья клиентов?

Поставленная проблема в рамках настоящего исследования позволила определить тему исследования: "Влияние соматических заболеваний на психологическое здоровье клиентов практического психолога"

В данной работе объектом исследования является психологическое здоровье.

Предметом работы является влияние сердечно-сосудистых заболеваний на показатели психологического здоровья.

Цель: исследовать с помощью анализа литературных источников, на примере сердечно-сосудистых заболеваний, влияние соматических заболеваний на психологическое здоровье клиентов практического психолога.

Гипотеза исследования:

1. Изменения психологического здоровья клиентов страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями обусловлены их психологическими характеристиками: актуальным эмоциональным состоянием, и личностными чертами.

2. У клиентов страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями определяются симптомы тревоги, снижены показатели самочувствия, активности, настроения.

. Среди личностных особенностей клиентов страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями характерны склонность к фиксации, драматизации, склонность испытывать тревогу, гнев, чувство вины, даже в отсутствии явных источников стресса.

Задачи исследования:

1) изучить и дать определение критериев понятия психологическое здоровье;

2) провести анализ литературных источников по исследуемой проблеме, с целью выявления теоретических основ проблемы влияния соматического заболеваний на психологическое здоровье клиентов;

) выявить различия в психологических особенностях между здоровыми клиентами и клиентами страдающими сердечно-сосудистыми заболеваниями;

) подготовить программу для психокоррекционной работы с клиентами страдающими сердечно-сосудистыми заболеваниями;

Методологической основой исследования явились: теоретические принципы концепции психосоматической медицины и фундаментальные отечественные и зарубежные работы по психосоматике, психологии телесности, концепции психического (личностного) здоровья, учение о внутренней картине болезни: З.Фрейда, Ф.Александер, А.Митчерлиха, М.Шура, Ф.Х. Данбар. Изучение проблемы психического (личностного) здоровья в работах: К.Г.Юнга, Ф.Пёрлза, Э. Фромма, А. Маслоу, К. Роджерса, В. Франкла, С.Л. Рубинштейна, Б.С. Братусь, Дж. Бьюдженталь, Г.С. Абрамовой, Д.Н. Хломова, Е.Р. Калитеевскай.

В данной работе использовались следующие методы исследования:

1. Теоретические: анализ литературы по проблеме.

2. Эмпирические: клиническая беседа (интервьюирование), анализ состояния эмоционально-личностной сферы проведен путем оценки личностной и реактивной тревожности (шкала Спилбергера-Ханина) самочувствия, активности и настроения (тест дифференцированной самооценки САН), особенностей личности (опросник Леонгарда-Шмишека.), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

. Методы обработки экспериментальных данных: анализ параметров распределения (средних, коэффициентов разброса), расчёт критериев различия (U-критерий Манна-Уитни, φ\*-угловое преобразование Фишера)

Эмпирическая база исследования

Изучение психологическических особенностей было проведено: в первой группе из 18 человек, в возрасте от 35 до 58 лет с длительностью гипертонической болезни и стенокардии напряжения от полугода до 5 лет;

во второй группе из 18 человек - здоровые люди в возрасте от 34 до 59 лет.

Опытно-экспериментальное исследование осуществлялось в три этапа:

На первом этапе изучалась теоретическое основание понятия психологическое здоровье, а также психологическая, философская и медицинская литература по проблеме взаимосвязи соматических заболеваний и психических процессов.

На втором этапе продолжилось изучение проблемы, был разработан исследовательский аппарат и проведён констатирующий эксперимент на базе ГБУЗ РБ Белокатайская ЦРБ.

На третьем этапе был проведён математический анализ и обобщение полученных результатов, сформулированы основные выводы, оформлен текст работы.

Научная новизна и теоретическая значимость исследования работы определяется тем, что исследование расширяет имеющиеся представления о влиянии сердечно- сосудистых заболеваний на психологическое здоровье. В рамках данного исследования были рассмотрены теоретико-методологические основания психологического здоровья личности, определены эмоционально-личностные особенности клиентов страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями и здоровых лиц, намечены пути оптимизации их психологического здоровья. Проанализирован, обобщён и систематизирован материал по проблеме подхода к исследованию психологического здоровья, по проблеме изучения психологических особенностей больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, по истории современного изучения связи психического состояния и заболеваний внутренних органов. Полученный в исследовании материал о роли состояния эмоционально-личностной сферы в формировании реакций на здоровье-заболевание углубляет знания о влиянии хронического заболевания на психологическое здоровье. Практическая значимость определяется возможностью использования результатов исследования в медицинской практике. Результаты и выводы исследования могут послужить основой для разработки комплексной программы восстановительных мероприятий для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Апробация и внедрение результатов исследования. Основное содержание и результаты исследования обсуждались на семинарских занятиях, заседаниях кафедры психологии АОУ ДПО Института развития образования РБ. Структура исследования. Дипломная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемых источников и приложений.

1. Теоретическое обоснование исследования влияния соматических заболеваний на психологическое здоровье клиентов практического психолога

.1 Понятие психологическое здоровье и его критерии

В психологической и медицинской науках, существует достаточно много понятий, которые дают возможность оценить функции организма человека на всех уровнях его организации, особенности развития личности человека и специфику его внутренних состояний. Наиболее сущностными, но в то же время, достаточно противоречивыми, являются понятия "психическое здоровье" и "психологическое здоровье". Слово "здоровье" первоначально означало "целостность". В настоящее время здоровье трактуется как способность к адаптации, способность сопротивляться и приспосабливаться, способность к самосохранению и саморазвитию, ко всё более содержательной жизни во все более разнообразной среде обитания (Лишук В. А., 1994). Термин "психическое здоровье" был введен Всемирной Организацией Здравоохранения в 1979 году. В США и Великобритании, (и в целом в англоязычных публикациях) словосочетание "mental health" обозначает успешное выполнение психических функций, имеющим результатом продуктивную деятельность, установление отношений с другими людьми и способность адаптироваться к изменениям и справляться с неприятностями.

Одним из основных понятий психологии здоровья является понятие психологическое здоровье, которое, в отличие от психического здоровья встречается пока нечасто. Современная наука разводит понятия психическое здоровье и психологическое здоровье. В психологии термин психологическое здоровье употребляется при рассмотрении вопросов, связанных с формированием психологически здоровой личности. Инициатива в постановке и разработке проблемы психического здоровья с позиций феноменологического подхода (саноцентрическая, психологическая модель) принадлежит представителям гуманистической психологии. Понятие "психологическое здоровье" было введено в научный лексикон И.В.Дубровиной. С ее точки зрения, если термин "психическое здоровье" имеет отношение к отдельным психическим процессам и механизмам, то термин "психологическое здоровье" - относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет собственно психологический аспект проблем психического здоровья в отличие от медицинского, социологического, философского и других аспектов. Термин психологическое здоровье в этом смысле, более нейтральный для восприятия, не вызывающий напряженного отношения. Использование этого понятия является целесообразным по следующим соображениям. Психологическое здоровье рассматривается как показатель социально-психологического аспекта образа жизни, характеризует восприятие, оценку индивидом своего социального благополучия, уровня и качества жизни, степени удовлетворения потребностей и реализации жизненных планов. Многие авторы указывают на тесную связь понятий психологическое здоровье и психическое здоровье, например, Б.С. Братусь выделяя три уровня здоровья: психофизиологическое, индивидуально-психологическое и личностное, первый относит к психическому здоровью, в то время как второй и третий - к психологическому благополучию или психологическому здоровью.

Обобщая взгляды многих авторов на проблему психологического здоровья можно сказать, что оно представляет собой интегральную характеристику личностного благополучия, включающую в себя несколько компонентов: социальный, эмоциональный и интеллектуальный аспекты развития личности.

Психологическое здоровье в целом определяется двумя признаками.

Первый - соблюдение в основных формах проявления жизнедеятельности, принципа оптимума или, в соответствии с известной метафорой, стремление придерживаться золотой середины. Одно важное уточнение: эта зона оптимума для каждого человека своя и в нахождении ее в части психологических констант, поведения, образа жизни - состоит одна из задач психологии здоровья. Этот признак находит свое отражение и в критериях здоровья личности, и во многих высказываниях философов, писателей, человековедов от древности до наших дней.

Второй признак психологического здоровья: эффективная адаптация, в первую очередь - социальная, социально-психологическая и интрапсихическая. В этом случае достигается то, что в других подходах называется гармонией с природой, с людьми и с самим собой.

Критерии психологического здоровьяосновываются на понятиях "адаптация", "социализация" и "индивидуализация".

Понятие "адаптация"включает способность человека осознанно относиться к функциям своего организма (пищеварения, выделения и др.), а также его способность регулировать свои психические процессы (управлять своими мыслями, чувствами, желаниями). Пределы индивидуальной адаптации существуют, но адаптированный человек может жить в непривычных для него геосоциальных условиях.

Социализацияопределяется по трем критериям, связанным со здоровьем человека.

 Первый критерий связан со способностью человека реагировать на другого человека как на равного себе ("другой такой же живой, как и Я").

 Второй критерий определен как реакция на факт существования определенных норм в отношениях с другими и как стремление следовать им.

 Третий критерий - как человек переживает свою относительную зависимость от других людей.

Индивидуализация,по К.Г.Юнгу, позволяет описывать становление отношения человека к самому себе. Человек сам создает в психической жизни свои качества, он осознает свою собственную неповторимость как ценность и не позволяет разрушать ее другим людям. Способность признавать и сохранять индивидуальность в себе и других - один из важнейших параметров психического здоровья.

Возможности адаптации, социализации и индивидуализации имеются у каждого человека, степень их реализации зависит от социальной ситуации его развития, идеалов данного общества в данный конкретный момент.

Конкретизацией этих признаков психологического здоровья могут служить различные критерии, позволяющие с разных сторон провести качественную и количественную оценку уровня психологического здоровья личности. Анализ текстов отечественных и зарубежных психологов, стоявших у истоков изучения проблемы психического (личностного) здоровья позволил выделить следующие его критерии:

 Целостность. (С.Л. Рубинштейн);

 Сознательность (С.Л. Рубинштейн);

 Наличие собственной жизненной позиции. (С.Л. Рубинштейн, Б.С. Братусь);

 Активность, направленная на реализацию собственного внутреннего потенциала. (С.Л. Рубинштейн, Б.С. Братусь);

 Духовность, свобода и ответственность (Г.С. Абрамова Э. Фромм, К. Роджерс, В. Франкл);

 Тождественность самому себе, своей природе, переживание своего "Я" (А. Маслоу, К. Роджерс, Дж. Бьюдженталь);

 Творчество (А. Маслоу, К. Роджерс)

 Важность Другого (эмпатическое понимание и принятие другого человека) (К. Роджерс);

 Самотворчество (возможность реально стать хозяином собственной жизни, способность развиваться, изменяться) (Дж. Бьюдженталь).

Эти критерии тесно взаимосвязаны друг с другом и с другой точки зрения могут рассматриваться как личностные особенности (например, выраженность критичности и самокритичности, способность к самоконтролю, коммуникативная эффективность, свобода от угнетающих зависимостей, чувство юмора и т.п.) и в определенной степени согласуются со многими чертами здоровой личности:

Критичность и самокритичность, т.е. адекватность оценки ситуации, других людей, себя, своих возможностей, достоинств, недостатков и др. Сниженная критичность проявляется в беспечности, безответственности, недооценке опасности, неспособности правильно оценить надвигающуюся угрозу, что объективно повышает риск для здоровья и жизни. Заниженная и неустойчивая самооценка - один из признаков невротического развития личности, источник множества поведенческих и жизненных проблем человека. Повышенная критичность и самооценка - источник постоянных конфликтов человека с другими людьми (придирчивость, склочность, требовательность, недовольство), но, вместе с тем, движущая сила продвижения человека по жизни, достижения им высот во власти, в карьере (черты авторитарности, деспотизма), в творчестве и т.д.

Соответствие (адекватность) общего уровня активизации, нервно-психического напряжения, требованиям актуальной ситуации и решаемой задачи. В неадекватных случаях - апатия, снижение поисковой активности, безынициативность, безразличие, состояния утомления, переутомления или, наоборот, гиперактивация, перевозбуждение.

Способность контролировать и владеть своими мыслями, чувствами, действиями в соответствии с ситуацией, своими интересами и индивидуальными возможностями. При отклонениях от "золотой середины" появляются снижение самоконтроля, безволие, "полевое поведение" или, наоборот, сверхконтроль, перенапряжение, превращение в живого робота.

Коммуникативная эффективность - способность находить с людьми общий язык, управлять конфликтами (предупреждать, разрешать, обращать на пользу дела, не допускать их деструктивного воздействия, ликвидировать нежелательные последствия и т.д.), социально-психологическая гибкость, толерантность. При акцентировании этих способностей происходит превращение свободной личности в манипулятора, в других случаях - уход от решения острых проблем, приспособляемость, капитулянтство. Неспособность находить с людьми общий язык проявляется во враждебности, конфронтационности, агрессивности, нетерпимости.

Способность к произвольной включенности в происходящее в качестве действующего лица, фиксация внимания "здесь и теперь". Отклонения от оптимума могут проявляться или в формах постоянного уплывания мыслей в прошлое, в воспоминания, или в будущее (мечты, опасения), в связи с чем возникают трудности сосредоточения актуального внимания, или в варианте застревания в ситуации, в своем состоянии и своей роли как проявление личностной ригидности, негибкости, неспособности к рефлексии.

Способность к достижению и поддержанию необходимого уровня интеллектуальной работоспособности.

Чувство юмора, остроумие. Отражает не только признак ума, его отточенность, способность находить оригинальные связи между предметами и явлениями, уровень творческой гуманитарной одаренности, но и способность к аутопсихокоррекции, психотерапии. При пониженном чувстве юмора - патологическая серьезность, тупость. В случае злоупотребления в использовании остроумия как механизма психологической защиты наблюдается неадекватная саркастичность, ироничность, самоирония.

Свобода от зависимостей - как химических (от психоактивных, одурманивающих веществ), так и социально-психологических (невротическая межличностная зависимость, зависимости от ситуаций, других людей, различных сторон и образа жизни). Наиболее распространенные в наши дни зависимости, особо пагубные для здоровья, - алкоголизм, наркомания, курение, попадание в деструктивные секты, увлечение азартными играми, сексуальные извращения.

Способность радоваться жизни, любить и быть любимым. Эти замечательные проявления человеческой натуры не случайно оказались в одной позиции. Любовь как объединяющая, а потому многократно усиленная радость обладает воодушевляющим, психотерапевтическим воздействием. И радостных людей любовь находит несравненно чаще, чем хмурых и унылых. Радостный настрой - это горючее любви. Поступаясь своими интересами, преодолевая эгоизм, лень, расчетливость, а иногда и жертвуя жизнью для блага другого человека, человек демонстрирует способность мобилизовать воедино сильные чувства, положительные эмоции, направленность мыслей, что служит показателем личностных ресурсов, отражающих и потенциал здоровья.

Способность принятия себя, удовлетворенность своей жизнью, самоактуализация (в понимании К.Роджерса - не как конечный результат, а процесс, вектор развития личности, отражающий наивысший уровень психического здоровья). Анализ доводов, раскрывающих удовлетворенность человека своей жизнью, позволяет с позиции психологии здоровья оценить иерархию потребностей личности, степень и характер их удовлетворенности.

Способность сохранять оптимистический настрой даже в трудных жизненных ситуациях. Не случайно в христианстве уныние (утрата веры, оптимизма) рассматривается как грех.

Способность к искреннему проявлению альтруизма, стремление творить добро, помогать, стремление и возможность заботиться о ком-то. Многие одинокие люди, интуитивно стремясь сохранить свое психологическое здоровье, заводят домашних животных, о которых заботятся, иногда в чем-то отказывая себе.

Развивая это положение, Д.Н. Хломов и Е.Р. Калитеевская пишут о том, что психическое здоровье - это мера способности человека трансцендентировать свою социальную и биологическую детерминированность, выступать активным и автономным субъектом собственной жизни в изменяющемся мире. "С точки зрения медицины, здоровье есть мера вероятности возникновения болезни. С позиции психологии - это способность выйти за пределы своей биологической, социальной и даже психологической детерминированности, выступая субъектом своей жизни в изменяющемся мире".

Современные исследования психологического здоровья:

 подчеркивают его целостный, системно-структурный характер, включающий несколько уровней проявления;

 рассматривают психологическое здоровье в непосредственной связи с личностью, как интеграл ее жизнеспособности.

Важным критерием психологического здоровья является характер и динамика основных процессов, определяющих душевную жизнь индивида, в частности, изменение ее свойств и особенностей на разных возрастных этапах. На психологическое здоровье влияют генетически обусловленные качества (тип высшей нервной деятельности, особенности анатомо- физиологического развития сенсорных систем, выраженность моторно-двигательной активности и т.п.), т.е. врожденные особенности психики и приобретенные, воздействующие в процессе жизни факторы (индивидуальные особенности поведения, развившиеся в ходе приобретения личного опыта).

Психологическое здоровье это определенный уровень развития и совершенства форм и способов взаимодействия индивида с внешней средой; определенный уровень личностного развития, позволяющий успешно реализовывать это взаимодействие; это процесс и результат развития субъекта в его субъективной реальности в пределах одной индивидуальной жизни.

Мне ближе гештальт - подход, в нём наиболее подробно разработаны основные аспекты психологического здоровья, а именно:

. Саморегуляция (гомеостаз). Саморегуляция - это процесс, посредством которого организм поддерживает свое равновесие и здоровое состояние в изменяющихся условиях поля (среды). Любая ситуация, затрагивающая интересы организма, как и сами потребности образуют напряжение на границе контакта. Саморегуляцией можно назвать спонтанную способность организма организовывать свое осознавание и поведение таким образом, чтобы разрешить напряжение на границе контакта организм/среда и установить относительное равновесие. Здоровая функция личности отличается пластичностью, необходимой для интеграции нового опыта.

. Творческое приспособление. Процесс творческого приспособления включает в себя как изменение контактирующего субъекта при изменении среды, так и воздействие субъекта на окружающую среду с целью ее изменения в соответствии с собственными целями или возможностями. В социальном плане здоровое приспособление означает баланс между собственными потребностями человека и потребностями других людей.

. Целостность, интеграция. Целостность предполагает интеграцию различных аспектов человеческого бытия: "разума", "души" и "тела", а также "внутренних" и "внешних" процессов. Здоровый контакт - это целостность, состоящая из осознания, моторной реакции и чувства. Это совместная работа сенсорной, мышечной и вегетативной систем, и происходит она на поверхности - границе в поле организм/среда. Интеграция достигается путем выделения, дифференцирования отдельных процессов в поле и идентификации с ними.

. Способность к росту, развитию. Рост - есть результат успешного прохождения цикла контакта, задача выполнена, а переживания организма в этом контакте закреплены в виде нового опыта. Развитие соответствует естественнонаучному пониманию этого процесса и включает в себя усложнение, дифференцированность и реализацию потенциала.

. Автономность. Это свободный выбор, при котором субъект сохраняет чувство изначальной непринужденности. Автономный человек обычно ощущает себя отдельным от других, самостоятельным организмом и личностью, имеющий собственную судьбу, за которую он берет на себя ответственность, способность опираться на самого себя. Опора на себя означает осознавание своих ресурсов и потребностей и творческое использование среды для удовлетворения и роста.

. Наличие значимых отношений, способность к близости. В силу своей социальной природы человек имеет важнейшую (фундаментальную) потребность в привязанности, связи с другими людьми. Она проявляется в дружбе, принятии, заботе других людей, любви, одобрении других, поддержке. Неспособность поддерживать отношения привязанности с другими людьми считается одним из признаков социопатии. Близость - это форма присутствия одного человека в жизни другого, включающая способность разделить иной образ действительности без потери собственной осознанности (self-идентичности). Способность к близости имеет своим основанием такие диалектические противоположности как способность человека быть вместе с другими и способность быть автономным.

. Агрессивность. Агрессия рассматривается как естественный инстинкт человека: она необходима для контакта, будь то ориентировка или действия. Агрессия затрачивается на выделение эмоций и любых других продуктов жизнедеятельности, на удержание границ организма, разрушение и ассимиляцию необходимых компонентов из окружающей среды. Подавление, обращение против себя (ретрофлексия) или проецирование агрессии лежит в основе многих психических проблем. Таким образом, можно сказать, что психологическое здоровье, несомненно, связано с психическим здоровьем, именно последнее создает основу для здоровья психологического. Психическое здоровье необходимое, но далеко не единственным условием формирования здоровья психологического. Четкое понимание данных понятий, их сущностная характеристика и особенности очень важны, так как важно разграничивать сферы деятельности специалистов, работающих в области охраны и укрепления психического здоровья (психиатры, психологи, психотерапевты и т.д.) и профессионалов, изучающих психологическое здоровье (психологов, психотерапевтов).

1.2 Определение понятия хроническое заболевание и психологические особенности больных страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями

Болезнь, заболевание (лат. *morbus*) - это возникающие в ответ на действие патогенных факторов нарушения нормальной жизнедеятельности, работоспособности, социально полезной деятельности, продолжительности жизни организма и его способности адаптироваться к постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренней сред при одновременной активизации защитных компенсаторно-приспособительных реакций и механизмов. Хронические заболевание - это длительное, стойкое, медленно прогрессирующие заболевание, требующее постоянного медикаментозного лечения. На сегодняшний день хронические болезни, такие, как болезни сердца, инсульт, рак, хронические респираторные заболевания и диабет, являются ведущей причиной смерти в мире - они вызывают 63% всех случаев смерти.

Сердечно-сосудистые заболевания представляют собой группу болезней сердца и кровеносных сосудов, к ним относятся гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца. Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти во всем мире. По оценкам, в 2008 году от них умерло 17,3 миллиона человек, что составило 30% всех случаев смерти в мире 7,5 миллиона ежегодных случаев смерти, или 13% всех случаев смерти,

Сердце и сосуды участвуют во всех формах жизнедеятельности, хотя в норме человек этого не осознаёт. При перегрузках сердце начинает восприниматься в виде усиленного сердцебиения или при сильном страхе в виде тахикардии. В отличие от дыхания, деятельность сердца и сосудов исключена из непосредственного человеческого восприятия. И только при определённых пограничных состояниях и нарушениях сердце воспринимается осознанно. Вместе с тем психическая сфера и деятельность человека так же определяют функции его сердца и сосудов, как и физические нагрузки, и так же играют роль в патогенезе. Активность и покой, сон или бодрствование, душевная живость и возбуждение, выраженные внешне или подавленные чувства связаны с различными состояниями системы кровообращения. Образ жизни, установки личности и положение человека в его профессиональном и семейном окружении важны для кровообращения и его физиологической регуляции. Издавна известны такие соматические факторы риска, как неправильное питание, ожирение, курение и злоупотребление алкоголем, в которых отражаются особенности личности. В последние годы внимание исследователей привлечено к изучению связи между сердечно-сосудистыми заболеваниями и патологическими нарушениями настроения. Установлено, что наличие депрессии при ишемической болезни сердца увеличивает вероятность развития осложнений, повторных коронарных катастроф, а также в 2-4 раза повышает риск смертельного исхода (Barefoot J.C. et al., 1996; Carney R. et al., 2002; Rivelli, Jiang W., 2007; Glassman A.H. et al., 2009; Чазов Е.И. и соавт., 2007). Классическая психосоматическая постановка вопроса, связанная с функциональными заболеваниями сердца и сосудов, значительно расширена. Повышение артериального давления, атеросклероз, стенокардия, как и инфаркт миокарда, связаны не только с соматическим, но с психосоматическим аспектом и психологическими установками.

Ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт миокарда) (ИБС) - это недостаточность коронарного кровотока, обусловленная стенозирующим атеросклерозом венечных артерий сердца или реже спазмом и/ или пристеночным тромбозом (Моисеев В.С., Сумароков А.В., 2001). Характерными пусковыми являются социальные ситуации, в которых возникает переживание потери объекта. Такие ситуации включают межличностные разочарования с выраженным чувством расставания, потери, глубокой обиды, лабильное самовосприятие, имеющее отчетливую депрессивную окраску. Особенности личности: характерны энергичность, честолюбие, целеустремленность, деятельность, стремление к соревнованию, соперничеству, идентификации себя с работой, ощущение нехватки времени, неспособность отдыхать и расслабляться. Открытость и доступность контакту в поведении, сочетается с противоположной установкой, прежде всего страхами, связанными с ригидностью поведения в целом. Ситуации перегрузки и конфликтов они пытаются решать призывами к себе самим больше торопиться, быть еще сильнее и совершеннее. Многими исследователями установлено, что у 33-80% больных ИБС наблюдаются психические изменения. Часто возникают такие эмоциональные нарушения, как тревога, подавленность, фиксация на своих болезненных ощущениях и переживаниях, связанных со страхом смерти, потерей самоидентичности, чувства "Я". Во время болевого приступа больных охватывает беспокойство, мысли о смерти от сердечного приступа, отчаяние. Больные живут с постоянным тревожным опасением повторного приступа, они анализируют любые изменения сердечной деятельности, реагируя на малейшие неприятные ощущения в области сердца. Основной жизненной целью становится здоровье.

В настоящее время критериями артериальной гипертензии считают стойкое повышение в течение 6 - 8 недель систолического давления до 140 мм рт. ст. и более и/или диастолического до 90 мм рт. ст. и более (Моисеев В.С., Сумароков А.В., 2001). Эссенциальная артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь) - заболевание сердечно- сосудистой системы, развивающееся вследствие первичной дисфункции высших сосудорегулирующих центров и последующих нейрогуморальных и почечных механизмов, характеризующихся артериальной гипертензией, функциональными, а при выраженных стадиях - органическими изменениями почек, сердца, ЦНС (Кушаковский М.С., 1982). К числу психосоматических заболеваний относится только эссенциальная артериальная гипертензия. Выявлены взаимосвязи артериальной гипертензии с ситуациями, в которых возникают: постоянная аффективная напряженность, тревога, страх, беспокойство, растерянность перед лицом независящей от человека ситуации; скрытый гнев и подавленные агрессивные тенденции, направленные против каких-то конкретных лиц; страх потерять чье-то расположение, признание, потерять работу и лишиться продвижения по службе; ощущение хронической нехватки времени; непрерывный контроль над внешними проявлениями своих чувств. Особенности личности: характерны сдерживание эмоций, чрезмерно адаптивное, уступчивое, ориентированное на социальный успех, пассивное, избегающее конфликтов поведение, измененное восприятие конфликта, отрицание стресса в ситуации напряжения. На фрустрацию реагируют фиксацией самозащиты и чувством преобладания препятствий, снижением уровня мотивации на достижения и уровня социальной защищенности, нарастанием страха неудачи.

Установлено, что у сердечно-сосудистых больных преобладают тревожные и депрессивно - ипохондрические расстройства (В.С. Волков и соавт., 1990). Возникновение этих нарушений связано с преморбидными особенностями личности (тревожно - мнительные) и особенностями течения ишемической болезни сердца и эссенциальной артериальной гипертензии. Так, наиболее выраженные психопатологические нарушения выявлены при постинфарктном кардиосклерозе, при присоединении к стенокардии кардиалгических болей, а также при сопутствующей артериальной гипертонии. По данным Г.В.Сидоренко (1983), у больных ишемической болезнью сердца достоверно повышены по сравнению со здоровыми показатели шкалы ипохондрии. Депрессии, тревога и сердечно-сосудистые заболевания тесно связаны друг с другом: при наличии депрессивных и тревохных расстройств наблюдаются изменения в сердечно-сосудистой системе, а сердечно-сосудистые заболевания нередко сопровождаются тревогой и депрессиями. По мнению А.Б.Смулевича (2005 г.), каждое из этих заболеваний утяжеляет или провоцирует течение другого, и неблагоприятное воздействие реализуется как на поведенческом, так и на патофизиологическом уровне. Среди пациентов с кардиоваскулярными заболеваниями тревожные и депрессивные состояния встречаются гораздо чаще, чем при других видах соматической патологии (Т.В.Довженко, 2005).

1.3 История современного изучения связи психического состояния и заболеваний внутренних органов

Взаимосвязь между психическим и физическим (соматическим) является естественным интегрирующим механизмом функционирования человека. Принято считать, что психосоматическая медицина - ровесница прошлого века. Однако речь при этом идет не о возникновении новой концепции в медицине, а о возрождении принципов медицины древности, подходившей к заболеванию как к специфически индивидуальному явлению, как к болезни конкретного человека, болезни души и тела. Психосоматика - это телесное отражение душевной жизни человека, включая как телесное проявление эмоций (следствием дисбаланса которых и становятся психосоматические болезни), так и "зеркало" иных подсознательных процессов, телесный канал сознательно-подсознательной коммуникации. В современной психосоматике различают предрасположенность, разрешающие и задерживающие развитие болезни факторы. Толчком к развитию заболевания являются трудные жизненные ситуации. Если сегодня говорят о психосоматическом, биопсихосоциальном заболевании, то это лишь указывает на связь "предрасположенность - личность - ситуация". Таким образом, в современном понимании причин возникновения 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 взаимодополнении - все это имеет значение в качестве взаимодействующих между собой факторов психосоматических заболеваний.

В историческом аспекте можно выделить следующие основные направления развития психосоматической медицины "рис1.":



Рис.1. Основные концепции изучения связи психического состояния и заболеваний внутренних органов.

I. Несистемные (однолинейные) концепции:

. Психоаналитические концепции:

История современной психосоматической медицины начинается с психоаналитической концепции З. Фрейда, который совместно с Д. Брейером доказал, что "подавленная эмоция", "психическая травма" путем "конверсии" могут проявляться соматическим симптомом. 1895 год: "Конверсионная модель" психосоматических расстройств на основе истерического паралича руки, анестезии, аффективного приступа; Согласно З. Фрейду, вытесненные в подсознание недопустимые для личности стремления посредством защитного механизма конверсии находят свою реализацию в виде болезненных симптомов, которые прямо или символически удовлетворяют блокированную потребность. Фрейд указывал, что необходима "соматическая готовность" - физический фактор, который имеет значение для "выбора органа". Эмоциональная реакция, выражающаяся в форме тоски и постоянной тревоги, нейро-вегетативно-эндокринных изменений и характерном ощущении страха, является связующим звеном между психологической и соматической сферами. Полное развитие чувства страха предотвращено защитными физиологическими механизмами, но обычно они лишь уменьшают, а не устраняют полностью эти физиологические явления и их патогенное действие. При наличии эмоционального переживания, которое не блокируется психологической защитой, а соматизируясь, поражает соответствующую ему систему органов, функциональный этап поражения перерастает в деструктивно-морфологические изменения в соматической системе, происходит генерализация психосоматического заболевания. Таким образом, психический фактор выступает как повреждающий. Согласно концепции З. Фрейда, в тех случаях, когда эмоции исключаются из поля сознания и таким образом лишаются адекватной разрядки, они становятся источником хронического напряжения и могут порождать истерические симптомы. Энергия неразрешённого эмоционального конфликта "переводится" в телесную сферу и вызывает развитие конверсионных симптомов, символически выражающих подавленные, вытесненные в бессознательное неприятные чувства. Однако вызываемое аффектом энергетическое напряжение никуда не девается и обращается в болезненный симптом. Вытесняемый эмоциональный (внутриличностный) конфликт становится энергетическим резервуаром, подпитывающим болезнь. Демонстрируемые соматические страдания привлекают к пациенту внимание и сожаление окружающих, что облегчает его душевные муки и уменьшает связанное с психотравмирующей ситуацией аффективное напряжение. Концепция конверсии З. Фрейда достаточно наглядно объясняет симптомообразование при истерии, но не касается причин возникновения реальных соматических нарушений при психологических перегрузках. Большинство психоаналитиков сходятся во мнении, что психосоматический симптом не имеет символического содержания (т.е., не допускает множественной интерпретации) в той мере, в какой это присуще невротическому симптому. Он возникает в случаях, когда нарушено психосоматическое равновесие.

###### - Alexander F. (1951): Теория "специфичности интрапсихического конфликта"; Ф. Александер полагал, что выбор органа обусловлен характером подавляемых или вытесненных стремлений или переживаний вследствие специфических интрапсихических конфликтов. Этот выбор опосредован реакцией вегетативной нервной системой: при хроническом подавлении определенных эмоций происходит активация симпатической или парасимпатической нервной системы, что повышает вероятность развития соматических заболеваний. Так, например, к расстройствам сердечно-сосудистой системы предрасполагает хроническое подавление гнева, а тревога, вызванная фрустрированной потребностью в любви повышает вероятность развития бронхиальной астмы и расстройств ЖКТ. Вегетативный невроз - это физиологическая реакция внутренних органов на постоянные или периодически возникающие эмоциональные состояния. Таким образом, симптомы вегетативного невроза являются не выражением подавленного чувства, а физиологическим сопровождением определённых эмоциональных состояний. В результате своих наблюдений Ф. Александер формулирует понятие "психогенное органическое расстройство" и выделяет этапы развития этих расстройств: 1. Хронический и (или) избыточный характер эмоционального стимулирования или подавления вегетативной функции, приводит к возникновению "органического невроза". (Ф. Александер включает в это понятие функциональные расстройства внутренних органов, причиной которых отчасти являются нервные импульсы, возникающие в результате эмоциональных процессов). 2. Функциональное хроническое расстройство постепенно приводит к изменению ткани и необратимому заболеванию органического характера. Ф. Александер отмечает, что многие хронические расстройства вызываются эмоциональными конфликтами, которые возникают в процессе ежедневного существования в результате контакта с внешним миром, из-за сложности социальной жизни. Психосоматический подход к проблемам жизни и болезни осуществляет синтез внутренних физиологических процессов и социальных взаимосвязей индивида. Тщательный анализ жизни пациента может раскрыть источники ранних функциональных расстройств, прежде чем расстройство функции приведёт к различимым изменениям.

- Brautigam W., Christian P. (1986): Современный подход к конверсионной теории в психосоматике.Согласно современному взгляду на развитие психосоматических расстройств, по мнению W. Brautigam, P. Christian (1986), для конверсии характерны: 1. Прямой переход из психической сферы в соматическую; 2. Удержание вне сознания вытесненной либидозной энергии, ее переход в соматическую иннервационную энергию; 3. Возникновение физических симптомов, символически выражающих содержание бессознательных переживаний и таким образом доступных для толкования; 4. Появление симптомов, относящихся к сфере произвольной моторики и сенсорных функций; 5. Связь классической конверсионной симптоматики с сексуальным конфликтом.

. Характерологически- ориентированные концепции:

Гиппократ, Гален (IV в. до н.э.): Сродство темпераментов с определенными заболеваниями; Впервые Гиппократом и Галеном было выявлено сродство темпераментов по отношению к определенным болезням. Так, считалось, что сангвиникам свойственны расстройства кровообращения, холерикам и меланхоликам - заболевания печени, флегматикам - желудочно - кишечная патология.

Кречмер Э.Г. (1924): Связь типов темпераментов с соматической патологией; Направление Гиппократа и Галена получило свое развитие в ХХ веке. В 1924 г. Э. Кречмер находил склонность у лептосомов к легочному туберкулезу, язве желудка; у пикников - к ревматизму, атеросклерозу, печеночным болезням; у атлетов - к эпилепсии, мигрени.

Dunbar F. (1943): Теория "личностного профиля": описаны профили личности для 8 заболеваний: ревматоидный артрит, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, язвенная болезнь и др. F. Dunbar, на основании изучения социально-психологического анамнеза более полутора тысяч пациентов, сделала вывод об общности личностных черт у больных с одинаковыми диагнозами (как правило, хроническими заболеваниями). Согласно ее концепции, каждому психосоматическому заболеванию соответствует определенный тип личности, специфическая констелляция личностных черт, "личностный профиль" (например, коронарный, язвенный тип личности и т.д.).

Friedman M., Rosenman R. (1960): Понятие А- и Б- типов личности; понятие о чрезмерно усиленных реакциях поведения при данных типах. Концепция поведения типа А. Поведенческий тип А ("коронарный тип") как фактор риска ишемической болезни сердца был описан американскими кардиологами Friedman M., Rosenman R., (1959). Тип А включает следующие характеристики, проявляющиеся в поведении: амбициозность, агрессивность, соревновательность, нетерпеливость. Противоположным типу А является тип Б, который характеризуется выдержанностью, неторопливостью, отсутствием тенденции к соперничеству, гибкостью, уравновешенностью. В масштабных проспективных исследованиях было показано, что наличие поведения типа А в 2 раза повышает вероятность развития ишемической болезни сердца. В 1981 году Национальный институт США по исследованию сердца, легких и крови (National Heart, Lung and Blood Institute) официально признал поведение типа А фактором риска ишемической болезни сердца.

. Психофизиологические теории основаны на систематических психофизиологических проверках, объясняющих специфичность болезней. Они появились вслед за психоаналитическими и характерологически- ориентированными теориями:

Wolff H. (1946): Специфичная реакция конкретного органа на стресс, концепция "специфичности личности по способу функционального ответа"; H. Wolff отрицал существование константной и очерченной психосоматической специфичности личностного конфликта, считал, что специфичным в психосоматическом заболевании является способ функционального ответа на стресс. Опираясь на идеи H. Selye, он утверждал, что каждому человеку свойственен определенный набор физиологических реакций, возникающих в ответ на стрессовые воздействия и определяемых наследственными факторами. Автор рассматривал психологические, физиологические, поведенческие изменения как сопутствующие друг другу реакции на стресс.. Системные концепции:

.Теории Эго-психологии:

Ruesh H. (1948): Теория инфантильной личности, проявляющаяся в детских способах мышления, чувствования и поведения; В исследованиях J. Ruesch впервые ведущим фактором развития психосоматического заболевания признано наличие инфантильности личноти. Автором дано описание инфантильной личности как зависимой, пассивной, с детскими способами мышления, завышенным уровнем притязаний, пассивной агрессивностью, тенденцией реагировать действиями.

Schur H. (1955): Теория десоматизации - ресоматизации ; Суть теории состоит в том, что если в младенчестве человек реагирует на нарушения гомеостаза с помощью физиологических механизмов. Не обладая достаточно дифференцированной психической структурой, то в дальнейшем, с развитием Эго, реакции становятся более психическими, возникает их ментальное отражение, контроль побуждений, эмоций. Описывая данный процесс, автор назвал его процессом десоматизации. На фазе десоматизации человек относительно независим от непроизвольных средств разрядки побуждений. В стрессовых ситуациях происходит активизация бессозательных конфликтов и возможна регрессия Эго на более раннюю фазу с формированием соматических нарушений. Этот регресс Эго под воздействием психотравм был назван процессом ресоматизации.

Sifneos P. E., Nemiah J. C. (1967): Концепция алекситимии; Sifneos, N. Nemiah (1967) описали специфическую личностную особенность больных психосоматическими расстройствами, характеризующуюся недостаточной дифференцированностью и осознанностью сферы чувств и эмоций. Авторами был введен термин алекситимия (букв. с греч. "нет слов для чувств"). Алекситимия рассматривалась ими как фактор риска психосоматических расстройств. При выраженной алекситимии отмечаются: трудности в распознавании, описании и выражении эмоций и чувств; трудности в разграничении чувств и телесных ощущений, склонность описывать эмоции с точки зрения телесных ощущений и поведенческих реакций; нарушение способности к символизации, проявляющееся в частности бедностью воображения; ориентированность на внешние события, а не внутренние переживания. Изначальная интерпретация этого феномена осуществлялась преимущественно с психодинамических позиций: вследствие действия примитивной психологической защиты вызванное стрессом соматическое возбуждение не получает психической переработки и не приобретает психического содержания, а потому сразу трансформируется в соматический симптом. Впоследствии алекситимия стала предметом исследования на социо-культуральном, когнитивно-психологическом, нейропсихологическом, психофизиологическом уровнях. Были выявлены некоторые нейроанатомические и нейрофизиологические особенности лиц с высоким уровнем алекситимии, предположительно объясняющие характерные для них трудности в эмоциональной регуляции и переработке эмоционально окрашенной информации. Большинство исследователей склоняется к точке зрения, что алекситимия является относительно устойчивой, частично генетически обусловленной характеристикой. Многие авторы также указывают на возможность развития вторичной алекситимии при психических расстройствах.

Былкина Н.Д. (1997): Теории влияния самооценки и уровня притязаний личности на развитие психосоматозов. Автором было выявлено, что несоответствие между оценкой своих возможностей и уровнем притязаний способно играть немаловажную роль в запускании ряда патологических процессов, приводящих в итоге к развитию язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Этот результат подтверждает перспективность анализа механизмов активности личности в контексте психосоматической проблематики.. Гомеостатические теории:

.Теории патологии раннего развития:

Holliday J.L. (1948): Конфликты раннего детства с последующими расстройствами в более зрелом возрасте;

Erikson E. N. (1971): Теория формирования различных способностей на основе развития органов;

Ammon H. (1981): Теория "нарушения симбиоза"; Автор считал, что нарушения здорового симбиоза приводят к первичному дефициту "Я" ребенка. "Психосоматогенная" мать либидозно (энергетически) реагирует только на телесные потребности ребенка или обращает на него внимание в тех случаях, когда он болен. Взаимодействие с матерью теперь начинает осуществляться через психосоматический симптом. С ребенком обходятся как с вещью, а не как с личностью; и симптом заполняет провал "Я". Психосоматическое заболевание имеет двойную функцию. С одной стороны, оно позволяет матери поддерживать с ребенком такую форму контакта, которая находится в созвучии с его бессознательными страхами и запросами. С другой - оно позволяет ребенку, приспособившемуся к бессознательному конфликту матери, создать себе мост для контакта. Таким образом, психосоматическое заболевание во взрослом состоянии становится выбранным средством контакта, регрессией к раннему опыту.

Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. (1990): Теория нарушения основных сфер жизнедеятельности семьи как источника психической травматизации личности. Авторы в качестве источника психической травматизации личности, приводящего к психосоматическим заболеваниям, видели нарушения основных сфер жизнедеятельности семьи, в которой растет и развивается ребенок. Авторы отметили, что от типа отношений в родительской семье зависит возникновение у него психосоматических расстройств.

. Теории объективных отношений:

Engel G. L. (1962): Реакции сохранения - ухода или потери "ключевой фигуры"; модель потери или угрозы потери объекта привязанности; Автор показал, что такие тяжелые соматические заболевания как лейкемия, язвенный колит у взрослых и детей часто развиваются вслед за потерей "ключевой фигуры", игравшей наибольшую роль в жизни человека. G. Engel выдвинул идею о том, что психосоматические больные используют "ключевую фигуру" как средство, жизненно необходимое им для успешной адаптации.

Taylor G. (1987): Психобиотическая модель заболевания. Согласно этой концепции, физическое здоровье зависит от способности регулировать сложные физиологические и биохимические процессы.

. Неройгуморальные теории:

Cannon W. B. (1932): Теории вегетативного сопровождения эмоций - эмоции эволюционно представляют собой психофизиологическую реакцию на стрессовое событие, подготавливающую организм к одному из двух типов реакции: борьбы (гнев) или бегства (страх). В современных условиях физиологически эти реакции не претерпели изменений, однако полностью лишились своего моторного компонента, оставаясь представленными в виде переживаний и соматовегетативных реакций. Последние могут быть источником нарушений со стороны внутренних органов.

А. Митчерлих представлял развитие психосоматического процесса в такой последовательности: 1. Сначала человек пытается справиться с конфликтом при помощи исключительно психических средств на психосоциальном уровне: 1) при достаточно зрелой личности человек пытается разрешить конфликт при помощи обычных средств социального взаимодействия (например, путем обсуждения соответствующих проблем и конфликтов - копинг-стратегий) или посредством зрелых механизмов защиты (вытеснение, сублимация); 2) в случаях, когда использования нормальных (здоровых) механизмов защиты недостаточно, подключаются невротические (патологические) защитные механизмы (например, невротические депрессии, навязчивые мысли и действия, страхи, фобии и г. п.); 3) бывают ситуации, когда защитные механизмы включают поведение личности в целом; в таких случаях говорят о невротическом развитии личности или неврозе характера 2. Если по каким-либо причинам не удается справиться с угрожающим собственному существованию конфликтом чисто психическими средствами, т. е. не срабатывает первая линия обороны, подключается защита второго эшелона - соматизация, которая со временем может привести к структурным изменениям в том или ином органе (например, к язве же/гудка, болезни Крона, язвенному колиту и т.п.). Это защита на психосоматическом уровне. 3. Современные психоаналитики выделяют еще и третий уровень защиты - психотическое симптомообразование (Кернберг). Наблюдения за многими психотическими пациентами показывают, что, как только у них заканчивается обострение психотического состояния, появляются психосоматические расстройства (псориаз, нейродермит, язвенная болезнь желудка). У наркоманов нередко периоду злоупотребления психоактивными веществами предшествуют длительные временные периоды обращения к различным специалистам по поводу психосоматических расстройств.

Selye H.(1953): Концепция "общего неспецифического синдрома адаптации; Описанный W.Cannon симптомокомплекс соответствует первой стадии развития стресса по Г. Селье - стадии тревоги. Г. Селье рассматривал стресс как общий синдром адаптации - неспецифическую реакцию организма на любой значимый раздражитель. В своем развитии эта реакция проходит три стадии:1. Стадия тревоги (непосредственной реакции на воздействие).2. Стадия резистентности (эффективного сопротивления стрессору и/или адаптации к его воздействию).3. Стадия истощения (нарушения адаптации вследствие истощения адаптационно-компенсаторных ресурсов). Г. Селье описал нейроэндокринные изменения, характерные для каждой из стадий. Хронический стресс оказывает преимущественно негативное влияние на функции организма, что обусловливает повышение вероятности развития соматических заболеваний.

Lazarus R.S. (1976): Расстройства как результат взаимодействия между личностью и окружением; теория процессов совладания" (копинг - механизмов); Характер и выраженность психосоматических нарушений определяются структурой личности, ее системой ценностей, мотивациями и способностями. Ожидания и действия по-разному переживаются людьми в зависимости от их веры в собственные возможности, от удовольствия, доставляемого от деятельности, или честолюбия. Процессы совладания с ситуацией, или копинг- процессы (совокупность процессов, происходящих в личности и направленных на достижение адаптации к стрессу, контроля над ними, сохранения деятельности на фоне стресса), определяются личностными особенностями и значением ситуации для человека. Процессы совладания являются частью аффективной реакции, и от них зависит сохранение эмоционального гомеостаза.

Peseschkian N. (1977): Психосоматическое расстройство как результат односторонней переработки конфликта через реакцию "бегство в тело";

Коркина М.В., Морилов В.В. (1998): Теория "системных психосоматических циклов". Ведущим механизмом развития психосоматического заболевания, по мнению авторов, является формирование через этап психосоматических реакций моно- и полисистемных психосоматических циклов, ответственных за образование первичных и вторичных психосоматозов в рамках единого психосоматического континуума. На фоне невротической депрессии вначале формируется первичный психосоматоз, в котором происходит количественное увеличение психосоматической патологии в рамках единой пораженной системы. В дальнейшем, по мере транформации моносистемного психосоматического цикла в полисистемный, за счет феномена "послестрессовой психологической беззащитности"формируется вторичный психосоматоз, включающий в себя психосоматическую патологию других органов и систем.

. Физиологические теории:

Павлов И.П. (1903): Теория рефлекторной основы психической деятельности; И.П. Павлов при изучении механизмов пищевого рефлекса показало влияние факторов внешней среды через ЦНС на вегетативные функции и послужило толчком условно-рефлекторного моделирования психосоматических заболеваний.

Jackson H. (1931): Функциональная модель центральной нервной системы с иерархией физических и психических активностей;

Быков К.М. (1947): Сигнализация с внутренних органов может включаться в общие механизмы условно- рефлекторной интегративной деятельности мозга; - Быков К.М., Курцин И.Т. (1960): Гипотеза о кортико-висцеральном происхождении психосоматических расстройств; К.М. Быков, И.Т. Курцин - доказали экспериментально влияние интерорецепции на функции коры и ствола головного мозга. Было сделано предположение, что пусковым механизмом психосоматических заболеваний являются как факторы внешней, так и внутренней среды, а также нарушения экстеро- и интерорецепции, приводящие к дисбалансу процессов возбуждения и торможения в головном мозге.

Harris J.W. (1962): Психосоматические расстройства связаны с деятельностью гипоталамо-гипофизарной системы с ретикулярной формацией ствола мозга.

Современные концепции в области психосоматики. Новую клиническую гипотезу относительно механизмов формирования психосоматических расстройств выдвинули А.Б. Смулевич и соавторы (1999). В соответствии с ней формирование системы психосоматических соотношений рассматривается не в аспекте однонаправленного (психо- и соматоцентрический вектор) влияния психических или соматических факторов, а с учетом их взаимодействия. Выдвинутая авторами гипотеза рассмотрена на модели взаимодействия личности ( как характерологической или патохарактерологической структуры) и соматических заболеваний. При этом анализируются наиболее типичные варианты такого взаимодействия, реализующегося как на психологическом (внутренняя картина болезни), так и на клиническом (нозогенные реакции - психогенные реакции, возникающие в связи с соматическим заболеванием, выступающие в качестве психотравмирующего события и относящихся к группе реактивных состояний) уровне.

1.4 Типы отношения людей к своей болезни

Отношение к болезни, как и вообще любое отношение, индивидуально, избирательно, сознательно, т.е. отражает индивидуальный или личностный уровень. Можно выделить три главных типа реакции больного на свое заболевание: стеническая, астеническая и рациональная.

При активной жизненной позиции больного к лечению и обследованию говорят о стенической реакции на болезнь. Есть, однако, и негативная сторона этого типа поведения, так как больной может быть слабо способным к выполнению необходимых ограничений стереотипа жизни, накладываемых заболеванием.

При астенической реакции на заболевание у больных имеется наклонность к пессимизму и мнительности, но они относительно легче, чем больные со стенической реакцией, психологически приспосабливаются к заболеванию.

При рациональном типе реакцииимеет место реальная оценка ситуации и рациональный уход от фрустрации.

Типы личностной реакции на заболевание (Якубов Б.А., 1982) Содружественная реакция - эта реакция характерна для лиц с развитым интеллектом. Они как бы с первых же дней заболевания становятся "ассистентами" врача, демонстрируя не просто послушание, но и редкую пунктуальность, внимание, доброжелательность. Они безгранично доверяют своему лечащему врачу и признательны ему за помощь. Спокойная реакция - такая реакция характерна для лиц с устойчивыми эмоционально-волевыми процессами. Они пунктуальны, адекватно реагируют на все указания врача, точно выполняют лечебно-оздоровительные мероприятия. Они не просто спокойны, а даже представляются "солидными" и "степенными", легко вступают в контакт с медицинским персоналом. Могут иногда не осознавать свою болезнь, что мешает врачу выявить влияние психики на болезнь. Неосознаваемая реакция *-* такая реакция, имея патологическую основу, выполняет в ряде случаев роль психологической защиты, и эту форму защиты не всегда следует устранять, особенно при тяжелых заболеваниях с неблагоприятным исходом. Следовая реакция - несмотря на то, что заболевание заканчивается благополучно, больные находятся во власти болезненных сомнений, в ожидании рецидива заболевания. После болезни астенизированы, угнетены, даже депрессивны, склонны к ипохондрическим реакциям, продолжают посещать лечебное учреждение и считают, что стали хроническими, неизлечимыми больными. Негативная реакция - больные находятся во власти предубеждений, тенденциозности. Они подозрительны, недоверчивы, с трудом вступают в контакт с лечащим врачом, не придают серьезного значения его указаниям и советам. У них часто возникает конфликт с медицинским персоналом. Паническая реакция - больные находятся во власти страха, легко внушаемы, часто непоследовательны, лечатся одновременно в разных лечебных учреждениях, как бы проверяя одного врача другим врачом. Часто лечатся у знахарей. Их действия неадекватны, ошибочны, характерна аффективная неустойчивость. Разрушительная реакция *-* больные ведут себя неадекватно, неосторожно, игнорируя все указания лечащего врача. Такие лица не желают менять привычный образ жизни, профессиональную нагрузку.

В типологии реагирования на болезнь Н.Д. Лакосиной и Г.К. Ушакова (1976) в качестве критерия, взятого за основу классификации типов, выделяется система потребностей, которые фрустрируются заболеванием: витальная, общественно-профессиональная, этическая, эстетическая или связанная с интимной жизнью. Другие авторы полагают, что реакция на болезнь в значительной степени обуславливается прогнозом заболевания. В любом случае, в целях преодоления изменившегося самочувствия и различных проявлений болезни личностью вырабатывается комплекс адаптационных (приспособительных) приемов. Е.А. Шевалев (1936) и О.В. Кербиков (1971) определяют их как реакции адаптации, которые могут быть как компенсаторного (искусственное ограничение контактов, подсознательная маскировка симптомов, сознательное изменение режима дня, характера работы и т.п.), так и псевдо компенсаторного характера (отрицание и игнорирование болезни). Другими словами, заболевший на основе своей концепции болезни определенным образом изменяет привычный образ жизни, свою трудовую деятельность.

Р. Баркер (Barker R., 1946) выделяет 5 типов отношения к болезни: избегание дискомфорта с аутизацией (характерен для пациентов с невысоким интеллектом); замещение с нахождением новых средств достижения жизненных целей (лица с высоким интеллектом); игнорирующее поведение с вытеснением признания дефекта (у лиц со средним интеллектом, но высоким образовательным уровнем); компенсаторное поведение (тенденции агрессивного переноса неадекватных переживаний на окружающих и др.); невротические реакции. В реагировании на болезнь отражается не только наличная жизненная ситуация (ситуация болезни), но и преморбидные(до болезненные) особенности личности больного, его характер и темперамент. Преморбидные особенности личности во многом могут объяснять предпочтительность появления у больных тех или иных форм реагирования на заболевание.

Следует учитывать двойственное (амбивалентное) отношение больного к своему заболеванию. "Преимущества" болезни ясны в местах заключения. Но и в повседневной жизни болезнь может "снять" с больного необходимость принимать какие-либо решения по службе или в быту, освободиться от тех или иных трудностей, давать определенные преимущества (психологические, социальные) перед другими людьми, может служить компенсацией чувства неполноценности. Существуют классификации типов реакции на болезнь, которые учитывают социальные последствия заболевания. По мнению Z.J. Lipowski (1983), психосоциальные реакции на болезнь складываются из реакций на информацию о заболевании, эмоциональных реакций (типа тревоги, горя, депрессии, стыда, чувства вины) и реакций преодоления болезни. Реакции на информацию о заболевании зависят от "значения болезни" для больного: 1.болезнь *-* угроза или вызов*,* а тип реакций - противодействие, тревога, уход или борьба (иногда паранойяльная); 2.болезнь *-* утрата*,* а соответствующие типы реакций - депрессия или ипохондрия, растерянность, горе, попытка привлечь к себе внимание, нарушения режима; 3.болезнь *-* выигрыш или избавление*,* а типы реакций при этом - безразличие, жизнерадостность, нарушения режима, враждебность по отношению к врачу; 4.болезнь *-* наказаниеи при этом возникают реакции типа угнетенности, стыда, гнева.

Реакции преодоления болезни дифференцируются по преобладанию в них компонентов: когнитивного (приуменьшение личностной значимости болезни либо пристальное внимание ко всем ее проявлениям) или поведенческого (активное сопротивление либо капитуляция и попытки "ухода" от болезни). Часто у психосоматических клиентов оказывается крайне низкой способность выражать свои переживания, конфликтные содержания, ощущения. Их словарный запас для этих целей так же беден, как и внутренняя способность дифференцировать свои чувства. Не идентифицированное чувство вызывает физиологическое напряжение, приводящее к изменению на соматическом уровне. На смену возможности чувственно перерабатывать реальность приходит ригидное следование социальным нормам и правилам. Болезнь при этом становится способом адаптации, при котором человеку удаётся сохранять равновесие во взаимодействии с миром. В 1959 г. Д. Энджел предложил концепцию "болевой личности", или теорию "пациента, склонного к боли". Отметив высокую частоту психотравмирующих событий в анамнезе больных с хроническими болями, Энджел обозначил данным термином человека с неудовлетворёнными биосоциальными потребностями, для которого хронические боли представляют "вторичную выгоду", позволяя эти потребности реализовать. Отличительной личностной особенностью таких пациентов иногда считают так называемое "мазохистское самопренебрежение" в виде многолетнего саморазрушительного поведения, продиктованного стремлением угодить всем требованиям окружающих в ущерб самому себе .

А.М. Васютин обозначает 4 варианта получения вторичной выгоды при психосоматозах: 1. "Меч против других". Человек в этом случае при помощи приступа болезни или наказывает тех людей, от кого он зависит, или же протестует против их поведения. Он зачастую заставляет страдать других, хотя при этом сам страдает намного больше. 2. "Меч против себя". Этот вариант часто проявляется тогда, когда человек сам винит себя за какой-либо поступок, который ему никак нельзя было совершать по соображениям собственной морали. И приступ является самонаказанием при помощи болезни. 3. "Щит против других". В этом случае приступ (и вообще болезнь как явление) даёт человеку возможность освободиться от необходимости делать то, что ему делать очень не хочется. (Например, не работать на постылой работе). 4. "Щит против себя". В этом случае болезнь используется в качестве ограничителя собственных желаний, которые могут привести к поступкам, несовместимым со шкалой ценностей личности.

И.Г. Малкина-Пых выделяет пять основных областей причин и смыслов болезни.

Любая болезнь:

) "даёт разрешение" уйти от неприятной ситуации или от решения сложной проблемы;

) предоставляет возможность получить заботу, любовь, внимание окружающих;

) "дарит" условия для того, чтобы переориентировать энергию или пересмотреть своё понимание ситуации;

) предоставляет стимул для переоценки себя как личности или изменения привычных стереотипов поведения;

) "отменяет" необходимость соответствовать тем высочайшим требованиям, которые предъявляют окружающие.

Таким образом, несмотря на то, что болезнь означает страдание и боль, она зачастую помогает решать некоторые проблемы, встающие перед человеком.

Выводы по первой главе

Тема психологического здоровья человека интересна и многоаспектна. Задачи, поставленные в данной работе, позволили сделать нам следующие выводы:

1. Психологическое здоровье, являясь важнейшей составляющей здоровья человека, относится к личности в целом и представляет собой не застывшее образование, а процесс развития в направлении достижения человеком своей сущности и самоактуализации.

2. Рассмотренные выше психосоматические теории и модели отражают определённые позиции, которые нерасторжимо связаны с исторически актуальным процессом формирования идей и вытекающей из них концентрации внимания на определённых направлениях исследований.

3. Изменения психологического здоровья клиентов страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями обусловлены психологическими характеристиками клиента: его актуальным эмоциональным состоянием и личностными чертами. Они чаще, чем здоровые люди, испытывают симптомы тревоги, у них чаще снижено самочувствие, активность, настроение. Гипертоники описываются как люди трудолюбивые, приверженные долгу, общительные, с большим чувством ответственности. В связи с этим у них возникают внутренние и внешние конфликты, от которых они не могут эмоционально отстраниться, и как следствие возникает постоянная тревога. В своей специфической установке на скромность они отказываются от своих потребностей в пользу других, желая получить от них одобрение и не провоцировать агрессию или неприязнь. Именно такие черты, как готовность помочь, стеснительность, хронически подавляемая агрессивность, и составляют манифестные свойства личности, которые имеют большое значение. Для пациентов с ишемической болезнью сердца характерны такие качества, как настойчивость в достижении поставленной цели, целеустремленность, способность и желание конкурировать. Эти люди не удовлетворяются малым, уровень их притязаний довольно высок. Такой человек постоянно находится в тонусе, он должен работать на опережение, он не позволяет себе расслабиться, преодолевая усталость силой воли. Для этих больных характерны диффузная тревога со смутным ощущением опасности, чувство беспричинной усталости. Постоянное ожидание болевого приступа заставляет некоторых пациентов отказываться от привычной физической деятельности, вся их жизнь может быть подчинена болезни. В условиях хронической болезни наблюдается готовность к ипохондрическому типу реагирования, возникают невротические расстройства, истерические нарушения.

В отличие от острой патологии, при которой успешное лечение приводит к полному восстановлению предшествующего болезни состояния здоровья, хронические заболевания характеризуются длительно протекающими патологическими процессами без четко очерченных границ.

Хроническое соматическое заболевание изменяет всю социальную ситуацию развития человека. Оно изменяет его возможности в осуществлении различных видов деятельности, ведет к ограничению круга контактов с окружающими людьми, приводит к смене места, занимаемого им в жизни.

2. Эмпирическое исследование влияния сердечно-сосудистых заболеваний на психологическое здоровье клиентов

2.1 Методики и процедура эмпирического исследования

*Программа исследования*

Одним из критериев психического здоровья, с позиций целостного подхода, является феномен психического равновесия. Он включает гармонию взаимодействия различных сфер личности - эмоциональной, волевой, познавательной. Нарушения психического равновесия приводят к личностным деградациям, деструкциям, социальной и персональной дезадаптации. Именно критерий психического равновесия связан с целостным развитием личности, ее адаптивными возможностями и свойствами, их адекватностью реакций на внешние воздействия.

Цель исследования - изучение психологических особенностей клиентов страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями и здоровых людей. В данной работе будет исследован такой критерий психологического здоровья как адаптация. А именно соответствие общего уровня активизации, нервно-психического напряжения, требованиям актуальной ситуации у клиентов, страдающих хроническими соматическими заболеваниями по сравнению со здоровыми людьми. Способны ли пациенты, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями эффективно адаптироваться к условиям внешней среды, быть гармоничными с природой, с людьми и с самим собой?

Для достижения обозначенной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Провести диагностическое исследования личности пациентов страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.

2. Провести диагностическое исследования личности у здоровых людей.

. Сравнить психологических особенностей пациентов страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями и здоровых людей.

Объект - психологическое здоровье клиентов страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями в сравнении со здоровыми людьми.

Предмет - пациенты страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями находившиеся на плановом лечении в отделении терапии ГБУЗ Белокатайская ЦРБ, здоровые люди проходящие периодический медицинский осмотр.

Для решения поставленных задач использовались клиническая беседа, анализ состояния эмоционально-личностной сферы проведен путем оценки личностной и реактивной тревожности (шкала Спилбергера-Ханина) самочувствия, активности и настроения (тест дифференцированной самооценки САН), особенностей личности (опросник Леонгарда-Шмишека.), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Методы обработки экспериментальных данных проводился с помощью анализа параметров распределения (средних, коэффициентов разброса), расчёта критериев различия (U - критерий Манна-Уитни, φ\* - угловое преобразование Фишера)

*Методика беседа (интервьюирование)*

Целью данного метода является установление контакта с испытуемыми и первоначальный сбор информации о них: как анамнеза, социально- демографических характеристик, диагностика эмоционального и мотивационно - потребностного компонентов личности.

Вопросы: по роду занятий, образованию, по семейному положению и удовлетворенностью семейным образом жизни следующим образом:

1. Ваш возраст?

2. Какое у Вас образование?

. Где и кем Вы работали до обнаружения хронического заболевания?

. Вы живете один или с родственниками?

. . У Вас есть муж (жена): да, женат (замужем) /нет, в разводе/ нет, вдовец (вдова) / нет, никогда не был женат (замужем)

. Как Вы считаете, что изменилось в Вашей жизни после обнаружения заболевания?

. Что изменилось к худшему в Вашей жизни?

. Удовлетворенность семейным образом жизни: 1. удовлетворен 2. скорее удовлетворен, чем неудовлетворен 3. неудовлетворен.

. Удовлетворенность положением в семье 1. нет семьи 2. неудовлетворен 3. скорее удовлетворен, чем неудовлетворен 4 удовлетворен

. Удовлетворенность жилищными условиями: 1. удовлетворен 2. скорее удовлетворен, чем неудовлетворен 3. неудовлетворен

. Удовлетворенность питанием: 1. не удовлетворен 2. скорее удовлетворен, чем неудовлетворен 3. удовлетворен

. Удовлетворенность обеспеченности одеждой: 1. удовлетворен 2. скорее удовлетворен, чем неудовлетворен 3. неудовлетворен

Анализ результатов, полученных с помощью беседы, проводился по блокам вопросов:

Социально - демографические характеристики (1-5 вопросы)

Особенности эмоциональной сферы (6-7 вопросы)

Особенности мотивационно-потребностной сферы (8-12 вопросы)

*Шкала личностной и реактивной тревожности (шкала Спилбергера-Ханина)*

Под тревожностью понимается особое эмоциональное состояние, часто возникающее у человека и выражающееся в повышенной эмоциональной напряженности, сопровождающейся страхами, беспокойством, опасениями, препятствующими нормальной деятельности или общению с людьми. Тревожность - важное персональное качество человека, довольно устойчивое. Для определения уровня тревожности, как свойства психики и состояния клиента использовали шкалу личностной и реактивной тревожности (шкала Спилбергера-Ханина). Данный тест является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Данная методика позволяет сделать первые и существенные уточнения о качестве интегральной самооценки личности: является ли нестабильность этой самооценки ситуативной или постоянной, то есть личностной. Результаты методики относятся не только к психодинамическим особенностям личности, но и к общему вопросу взаимосвязи параметров реактивности и активности личности, ее темперамента и характера.Разработан Ч.Д.Спилбергером и адаптирован Ю.Л.Ханиным. По Ю.Л.Ханину, состояние тревоги (или ситуативная тревожность, реактивная тревожность) - возникают "как реакция человека на различные, чаще всего социально-психологические стрессоры" (ожидание негативной оценки или агрессивной реакции, восприятие неблагоприятного к себе отношения, угрозы своему самоуважению, престижу). Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, иногда нарушение тонкой координации. Напротив, личностная тревожность как черта, свойство, диспозиция дает представление об индивидуальных различиях в подверженности действию различных стрессоров. Следовательно, здесь речь идет об относительно устойчивой склонности человека воспринимать угрозу своему "Я" в самых различных ситуациях и реагировать на эти ситуации повышением реактивной тревожности. Величина личностной тревожности характеризует прошлый опыт индивида, т.е. насколько часто ему приходилось испытывать реактивную тревожность. Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Шкала самооценки состоит из 2-х частей, раздельно оценивающих тревожность реактивную с главным вопросом о самочувствии в данный момент (номера высказываний с 1 по 20) и личностную с формулировкой о самочувствии обычно(м) (номера высказываний с 21 по 40).

На каждое из высказываний необходимо дать один из четырех вариантов ответа:

- почти никогда.

- иногда.

- часто

- почти всегда.

При количестве баллов 30 и менее считали низким уровень тревожности.

-45 баллов - средним.

баллов и выше - высоким.

Реактивная тревожность (РT) определяется по ключу:

РТ = (3,4,6,7,9,12,13,14,17,18) - (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20) + 50 =

ЛТ - Личностная тревожность определяется по ключу:

ЛТ = (2,3,4,5,8,9,11,12,14,15,17,18,20) - (1,6,7,10,13,16, 19) + 35 =

Понятие ситуативной (актуальной), - то есть реактивной тревожности и понятие личностной, - то есть активной тревожности имеют не только специальный, описанный выше, но и более общий психологический смысл. По нашему опыту, диагностика реактивной и активной тревожности позволяет достаточно определенно судить о проявлении основных особенностей поведения личности в плане ее отношения к деятельности.

*Тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН)*

Для изучения оценки клиентами своего самочувствия, активности и настроения был использован тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН).

Этот тест предназначен для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (по первым буквам этих функциональных состояний и назван опросник). В этой методике испытуемому предлагается много пар оценочных суждений с противоположными по смыслу прилагательными. Сущность оценивания заключается в том, что испытуемых просят соотнести свое состояние с рядом признаков по многоступенчатой шкале. Шкала эта состоит из индексов (3210123), расположенных между 30 парами слов противоположного значения, отражающих подвижность, скорость и темп протекания функций (активность), силу, здоровье, утомление (самочувствие), а также характеристики эмоционального состояния (настроение). Испытуемый должен выбрать и отметить цифру, наиболее точно отражающую его состояние в момент обследования. По этим "приведенным" баллам и рассчитывается среднее арифметическое - как в целом, так и отдельно по активности, самочувствию и настроению.

Следует упомянуть, что при анализе функционального состояния важны не только значения отдельных его показателей, но и их соотношение. Дело в том, что у отдохнувшего человека оценки активности, настроения и самочувствия обычно примерно равны. А по мере нарастания усталости соотношение между ними изменяется за счет относительного снижения самочувствия и активности по сравнению с настроением. При анализе функционального состояния важны не только значения отдельных его показателей, но и их соотношение. Дело в том, что у отдохнувшего человека оценки активности, настроения и самочувствия обычно примерно равны. А по мере нарастания усталости соотношение между ними изменяется за счет относительного снижения самочувствия и активности по сравнению с настроением.

При обработке эти цифры перекодируются следующим образом:

индекс 3, соответствующий неудовлетворительному самочувствию, низкой активности и плохому настроению, принимается за 1 балл;

следующий за ним индекс 2 - за 2 балла; индекс 1 - за 3 балла и так до индекса 3 с противоположной стороны шкалы, который соответственно принимается за 7 баллов.

Оценка результатов и выводы

Сумма баллов, набранная испытуемым по всем 30 шкалам, делится на 30, и в результате получается средний показатель, отражающий настроение, преобладающее у данного испытуемого.

Человек, имеющий среднюю оценку в интервале от 5 до 7, считается таким, у которого чаще всего доминирует хорошее настроение.

Тот, у кого оказалась оценка от 1 до 3 баллов, считается человеком, у которого преобладает плохое настроение.

Оценка, близкая к 4 баллам (от 3,5 до 4,5), указывает на доминирование изменчивого настроения или такого, которое сам человек не в состоянии оценить как хорошее или плохое.

Итак, положительные состояния всегда получают высокие баллы, а отрицательные - низкие.

По этим "приведенным" баллам и рассчитывается среднее арифметическое - как в целом, так и отдельно по активности, самочувствию и настроению.

*Опросник Леонгарда-Шмишека*

С целью выявления типа личности использовался тест определения личностных акцентуаций по опроснику Леонгарда-Шмишека. Согласно теории "акцентуированных личностей" существуют черты личности, которые сами по себе еще не являются патологическими, однако могут при определенных условиях развиваться в положительном или отрицательном направлении. Черты эти являются как бы заострением некоторых присущих каждому человеку индивидуальных свойств. У психопатов эти черты достигают особо большой выраженности. Выделяют десять основных типов акцентуации (классификация Леонгарда).

1. Гипертимный - личности со склонностью к повышенному настроению.

2. Застревающие - со склонностью к "застреванию аффекта" и бредовым реакциям.

. Эмотивные, аффективно лабильные.

. Педантичные, с преобладанием черт ригидности, педантизма.

. Тревожные.

. Циклотимные, со склонностью к депрессивному реагированию.

. Демонстративные, с истерическими чертами характера.

. Возбудимые, со склонностью к повышенной, импульсивной реактивности в сфере влечений.

. Дистимичные, с наклонностью к расстройствам настроения.

. Экзальтированные, склонные к аффективной экзальтации.

Все эти группы "акцентуированных личностей" объединяются по принципу акцентуации свойств характера или темперамента. К акцентуации свойств характера относятся:

– демонстративность (в патологии: психопатия истерического круга);

– педантичность (в патологии: ананкастическая психопатия);

– возбудимость (в патологии: эпилептодные психопаты);

– застревание (в патологии: паранояльные психопаты).

Остальные виды акцентуаций относятся к особенностям темперамента и отражают темп и глубину аффективных реакций.

Акцентуации

1. Гипертимностъ. Люди, склонные к повышенному настроению, оптимисты, быстро переключаются с одного дела на другое, не доводят начатого до конца, недисциплинированные, легко попадают под влияние неблагополучных компаний. Подростки склонны к приключениям, романтике. Не терпят власти над собой, не любят, когда их опекают. Тенденция к доминированию, лидированию. Чрезмерно повышенное настроение может приводить к неадекватности поведения - "патологический счастливчик". В патологии - невроз навязчивых состояний.

. Застревание - склонность к "застреванию аффекта", к бредовым реакциям. Люди педантичные, злопамятные, долго помнят обиды, сердятся, обижаются. Нередко на этой почве могут появиться навязчивые идеи. Сильно одержимы одной идеей. Слишком устремленные, "упертые в одно", "зашкаленные". В эмоциональном отношении ригидны. Иногда могут давать аффективные вспышки, могут проявлять агрессию. В патологии - паранояльный психопат.

. Эмотивностъ. Люди, у которых преувеличенно проявляется эмоциональная чувствительность, резко меняется настроение по незначительному для окружающих поводу. От настроения зависит все: и работоспособность, и самочувствие. Тонко организована эмоциональная сфера: способны глубоко чувствовать и переживать. Склонны к добрым отношениям с окружающими. В любви ранимы, как никто другой. Крайне болезненно воспринимают грубость, хамство, приходят в отчаяние, депрессию, если происходит разрыв или ухудшение отношений с близкими людьми.

. Педантичность. Преобладание черт ригидности и педантизма. Люди ригидны, им трудно переключаться с одной эмоции на другую. Любят, чтобы все было на своих местах, чтобы люди четко оформляли свои мысли - крайний педантизм. Идея порядка и аккуратности становится главным смыслом жизни. Периоды злобно-тоскливого настроения, все их раздражает. В патологии - эпилептоидная психопатия. Могут проявлять агрессию.

. Тревожность. Люди меланхолического (либо холерического) склада с очень высоким уровнем конституционной тревожности, не уверены в себе. Недооценивают, преуменьшают свои способности. Пугаются ответственности, опасаются всевозможных неприятностей для себя и своих родных, не могут унять свои страхи и тревогу, "притягивая" к себе и близким реализацию своих страхов и опасений.

. Циклотимность. Резкие перепады настроения. Хорошее настроение коротко, плохое длительно. При депрессии ведут себя как тревожные, быстро утомляются, приходят в отчаяние от неприятностей, вплоть до попыток самоубийства. При хорошем ьшстроении ведут себя как гипертимные.

. Демонетративность. В патологии - психопатия истерического типа. Люди, у которых сильно выражен эгоцентризм, стремление быть постоянно в центре внимания ("пусть ненавидят, лишь бы не были равнодушными"). Таких людей много среди артистов. Если нет способностей, чтобы выделиться, тогда они привлекают внимание антисоциальными поступками. Патологическая лживость - чтобы приукрасить свою особу. Склонны носить яркую, экстравагантную одежду - могут быть определены чисто внешне.

. Возбудимость, Склонность к повышенной импульсивной реактивности в сфере влечения. В патологии - эпилептоидная психопатия.

. Дистимичность. Склонность к расстройствам настроения. Противоположность гипертимности. Настроение пониженное, пессимизм, мрачный взгляд на вещи, утомляемость. Быстро истощается в контактах и предпочитает одиночество.

. Экзальтированность. Склонность к аффективной экзальтации (близко к демонстративности, но там из-за характера). Здесь идут те же проявления, но на уровне эмоций (все идет от темперамента). Религиозный экстаз.

Обработка результатов.

Количество совпадающих с ключом ответов умножается на значение коэффициента соответствующего типа акцентуации (табл. 7.);

Таблица 1 Ключ к обработке данных по опроснику Леонгарда-Шмишека

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Свойства характера | Коэф- фициент | "ДА" № вопросов | "НЕТ" № вопросов |
| Гипертимность | 3 | 1, 12, 25, 36, 50, 61, 75, 85 | - |
| Дистимичность | 3 | 10, 23, 48, 83, 96 | 34, 58, 73 |
| Циклотимность | 3 | 6, 20, 31, 44, 55, 70, 80, 93 | - |
| Эмоциональность | 3 | 3, 14, 52, 64, 77, 87 | 28, 39 |
| Демонстративность | 2 | 7, 21, 24, 32, 45, 49, 71, 74, 81, 94, 97 | 56 |
| Застревание | 2 | 2, 16, 26, 38, 41, 62, 76, 86, 90 | 13, 51 |
| Педантичность | 2 | 4, 15, 19, 29, 43, 53, 65, 69, 78, 89, 92 | 40 |
| Тревожность | 3 | 17, 30, 42, 54, 79, 91 | 5, 67 |
| Возбудимость | 3 | 8, 22, 33, 46, 57, 72, 82, 95 | - |
| Экзальтированность | 6 | 11, 35, 60, 84 | - |
| Ложь | 1 | 9, 47, 59, 68, 83 | 18, 27, 37, 63 |

Результаты в диапазоне 18-24 балла означает "наличие акцентуации"

Результаты в диапазоне от 12-17 баллов - скрытая акцентуация.

Менее 12 - нет акцентуации.

*Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)*

Шкала предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара. Отличается простотой применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента), что позволяет рекомендовать ее к использованию в общемедицинской практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов (скрининга). Опросник обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении двух расстройств: тревоги и депрессии. Адаптация шкалы для использования в отечественной практике произведена М.Ю. Дробижевым в 1993 г. Результаты повторного использования адаптированной шкалы в выборках пациентов, страдающих различными соматическими заболеваниями, подтверждают устойчивость и валидность ее внутренней структуры, а также релевантность граничных показателей. Обследуемые- взрослые лица любого возраста, находящиеся на лечении в соматическом стационаре. Методика применения. Бланк шкалы выдается для самостоятельного заполнения пациенту и сопровождается инструкцией следующего содержания: "Ученые уверены в том, что эмоции играют важную роль в возникновении большинства заболеваний. Если Ваш доктор больше узнает о Ваших переживаниях, он сможет лучше помочь Вам. Этот опросник разработан для того, чтобы помочь Вашему доктору понять, как Вы себя чувствуете. Не обращайте внимания на цифры и буквы, помещенные в левой части опросника. Прочитайте внимательно каждое утверждение, и в пустой графе слева отметьте крестиком ответ, который и наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали на прошлой неделе. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция всегда будет более верной".

Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих две подшкалы: "тревога" (нечетные пункты - 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) и "депрессия" (четные пункты - 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Каждому утверждению соответствуют четыре варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). Как и во всех случаях применения субъективных шкал, для достижения валидных результатов необходимо обеспечить самостоятельное заполнение шкалы пациентом (без обсуждения вариантов ответа с родственниками, знакомыми, соседями по палате). При необходимости следует предоставить пациенту относительно уединенное место (в кабинете или в холле отделения). Для обеспечения спонтанности ответа желательно установить пациенту четкие временные рамки для заполнения шкалы (порядка 20-30 минут). За этот интервал времени шкала должна быть заполнена полностью. Если пациент пропустил отдельные пункты или прервал заполнение шкалы на значительный срок (несколько часов), рекомендуется провести повторное тестирование с использованием нового бланка.

Анализ результатов. При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются три области его значений:0-7- норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); 8-10 - субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 и выше - клинически выраженная тревога/депрессия.

*Методы обработки экспериментальных данных*

При статистической обработке полученных результатов использовались

1. U - критерий Манна-Уитни

Критерий предназначен для оценки различий между двумя выборками по уровню какого-либо признака, количественно измеренного. Он позволяет выявлять различия между малыми выборками, когда n1•n2≥3 или n1=2, n2≥5. Этот метод определяет, достаточно ли мала зона перекрещивающихся значений между двумя рядами.

Оределяется U по формуле:



где n1 - количество испытуемых в выборке 1; n2 - количество испытуемых в выборке 2; Тх - большая из двух ранговых сумм; nх - количество испытуемых в группе с большей суммой рангов.

**2.** Критерий φ\* - угловое преобразование Фишера

Данный критерий оценивает достоверность различий между процентными долями двух выборок, в которых зарегистрирован интересующий нас признак.

Эмпирическое значение φ\* подсчитывается по формуле:

φ\*=( φ1- φ2) . ,

где φ1 - угол, соответствующий большой процентной доле; φ2 - угол, соответствующий меньшей процентной доле; n1 - количество наблюдений в выборке 1; n2 - количество наблюдений в выборке 2.

Уровень значительности φ\* эмпирического значения определяется по специальной таблице. Чем больше величина φ\*, тем более вероятно, что различия достоверны.

Критические значения φ\*, соответствующие принятым в психологии уровням статистической значимости: φ\* =1,65(p≤0,05) и 2,31 (p≤0,01).

2.2 Результаты исследования и их обсуждение

*Методика беседа (интервьюирование)*

В ходе беседы (интервьюирования), участники исследования распределились по половому признаку, по клиническому диагнозу, по роду занятий, образованию, по семейному положению и удовлетворенностью семейным образом жизни (приложение1.: табл. 2., табл. 3., табл. 4.). В исследовании приняли участие равное количество женщин и мужчин. В первой группе с диагнозами гипертоническая болезнь 8человек, стенокардия напряжения 10 человек и 18 человек во второй группе. Работающие официально составили 38,8% в первой группе и 72,3% во второй. Клиенты во второй группе боле удовлетворены семейным образом жизни (27,7%, 50%), чем страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями (16,7%, 33,3%)

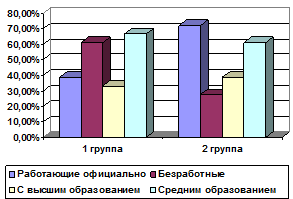


Рис. 2. Распределение участников исследований по роду занятий и образованию

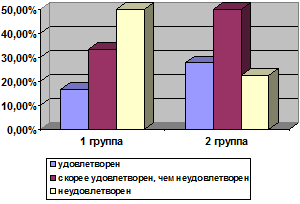


Рис.3. Распределение участников исследования по степени удовлетворенности семейным образом жизни

В ходе исследования установлено, что среди лиц страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, безработные составляют 61,2% и они менее удовлетворены семейным образом жизни по сравнению со здоровыми людьми.

*Шкала личностной и реактивной тревожности (шкала Спилбергера-Ханина)*

Для сравнения уровня тревожности использовали шкалу личностной и реактивной тревожности (шкала Спилбергера-Ханина). Единственной методикой, позволяющей дифференцированно измерять тревожность как личностное свойство, и как состояние является выбранная нами методика Спилбергера-Ханина. Был выявлен более высокий уровень личностной тревожности (51,77) и реактивной тревожности (52,72) у клиентов страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями по сравнению с контрольной группой. (приложение1.: табл. 5)

Значимость различий в уровне личностной и реактивной тревожности между экспериментальными группами проверялась с помощью U - критерий Манна-Уитни. U - критерий Манна-Уитни для личностной тревожности равен 0, для реактивной тревожности равна 14, критические значения Uкрит 109 p≤0,05 и 88 p≤0,01.

Мы можем констатировать достоверные различия в уровне личностной реактивной тревожности между группами.

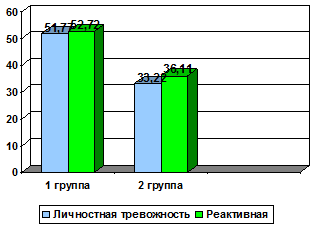


Рис 4. Результаты исследования личностной и реактивной тревожности

При помощи шкалы личностной и реактивной тревожности (шкала Спилбергера-Ханина)было выявлено, что пациенты, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями, обладают более выраженной личностной и реактивной тревожностью, что снижает их адаптацию.

*Тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН)*

При сравнении оценки клиентами уровня своего функционального состояния был использован тест самооценки самочувствия, активности и настроения (САН).

Значимость различий в уровне самочувствия, активности и настроения у клиентов страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями и в контрольной группе проверялась с помощью U - критерий Манна-Уитни. Для параметра самочувствия он равен 14,5; для параметра активности равен 12,5; для параметра настроения равна 1,5; критические значения Uкрит 109 p≤0,05 и 88 p≤0,01.

Мы можем констатировать достоверные различия в уровне самочувствия, активности и настроения между группами

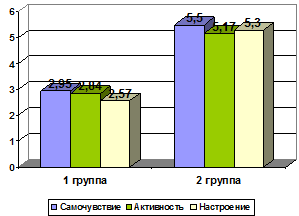


Рис 5. Результаты исследования самочувствия, активности и настроения

При оценке по шкале САН в группе клиентов страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями было отмечено значительное падение всех показателей: "самочувствия" (2,95), "активности" (2,84), "настроения"(2,57) (приложение 1.: табл. 6)

*Опросник Леонгарда-Шмишека*

С целью выявления типа личности использовался тест определения личностных акцентуаций по опроснику Леонгарда-Шмишека. Из 18 обследуемых во второй группе акцентуации характера выявили у 4 человек, в первой группе у лиц страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями акцентуации характера обнаружились у 15 человек. ( приложение 1.: табл. 7)

Значимость различий определялась с помощью φ-критерия Фишера.

Выявленные различия в количестве акцентуаций характера достоверна больше среди клиентов страдающих сердечно сосудистыми заболеваниями. Полученное эмпирическое значение φ\* (2,35) находится в зоне значимости.

Среди личностных особенностей клиентов страдающих сердечно сосудистыми заболеваниями. была выявлена склонность к фиксации, драматизации, гиперсенситивность к экстра- и интерсигналам, склонность испытывать тревогу, гнев, чувство вины, даже в отсутствии явных источников стресса, выгодность болезненных переживаний. При этом типологически эти особенности были подразделены в рамках следующих акцентуаций: демонстративная, гипертимическая, эмотивная, дистимическая, возбудимая и педантичная.

*Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)*

Уровень тревоги и депрессии у клиентов страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями и в контрольной группе изучали с помощью госпитальной шкала тревоги и депрессии (HADS). У лиц страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями выявили высокий уровень депрессии (10,34) и тревоги (14,17) по сравнению со здоровыми людьми (3,78 и 5,39 соответственно)

Значимость различий в группах проверялась с помощью U - критерий Манна-Уитни. Мы можем констатировать достоверные различия в уровне депрессии и тревоги между группами - U - критерий Манна-Уитни для параметра депрессия равен U=22, критические значения Uкрит 109 p≤0,05 и 88 p≤0,01. U - критерий Манна-Уитни для параметра тревоги равен U=4.

При помощи госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS)было выявлено, что пациенты страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями более подвержены тревоге и депрессии по сравнению со здоровыми людьми и характеризовались средней степенью выраженности депрессии (10,34) и более глубокой степенью выраженности тревоги(14,17)

Выводы по второй главе

Для организации экспериментальной работы был подобран соответствующий диагностический инструментарий. В работе были использованы следующие методики: клиническая беседа (интервьюирование), анализ состояния эмоционально-личностной сферы проведен путем оценки личностной и реактивной тревожности (шкала Спилбергера-Ханина) самочувствия, активности и настроения (тест дифференцированной самооценки САН), особенностей личности (опросник Леонгарда-Шмишека.), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Полученные данные обрабатывались с помощью: анализ параметров распределения (средних, коэффициентов разброса), расчёт критериев различия (U - критерий Манна-Уитни, φ\* - угловое преобразование Фишера).

Проведя данную диагностику можно смело утверждать, что клиенты страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями, обладают более выраженной личностной и реактивной тревожностью, менее удовлетворены семейным образом жизни по сравнению со здоровыми людьми, более подвержены тревоге и депрессии по сравнению со здоровыми людьми и характеризуются средней степенью выраженности депрессии (10,34) и более глубокой степенью выраженности тревоги(14,17). Проявления тревожности могут носить соматический и поведенческий характер. Соматические проявления касаются изменений во внутренних органах, системах организма: ускоренное сердцебиение, неровное дыхание, дрожание конечностей, скованность движений. Может повышаться артериальное давление. При этом необходимо помнить, что повышенная ситуативная тревожность, при которой возбуждение и беспокойство значительно превышают уровень возможных затруднений, снижает результативность деятельности. Что в свою очередь снижает адаптационные способности и влияет на психологическое здоровье в целом. На поведенческом уровне проявления повышенной тревожности еще более разнообразны и непредвиденны. Они могут колебаться от полной апатии и безынициативности к демонстративной агрессии. Часто это происходит при заниженной самооценке. Заниженная самооценка в большинстве случаев присуща людям с личностной тревожностью, застревающим и педантичными типами акцентуации характера. В результате возникает пониженный фон настроения, закрепляется комплекс неполноценности.

В нашем исследовании также было отмечено значительное падение показателей: "самочувствия", "активности", "настроения" у данной группы клиентов. Влияние любого хронического заболевания на социальный статус больного, его положение в обществе, круг интересов, уровень притязаний приводит к ломке привычного образа жизни и деятельности, необходимости формирования нового жизненного стереотипа.

Самооценка клиентами влияния заболевания на их психоэмоциональное состояние, является существенной частью приспособления людей к окружающей природной и социальной среде и сугубо индивидуально. Большинство людей справляется с этой задачей. Но некоторые индивиды, слишком "хрупкие" или плохо подготовленные к жизни, не могут адекватно воспринимать и решать возникающие проблемы демонстрируя неадаптивное поведение

# Заключение

Психологическое здоровье - состояние субъективного, внутреннего благополучия личности, обеспечивающее оптимальный выбор действий, поступков и поведения в ситуациях ее взаимодействия с окружающими объективными условиями, другими людьми и позволяющее ей свободно актуализировать свои индивидуальные и возрастно-психологические возможности, тогда как психическое здоровье - это, прежде всего баланс различных психических свойств и процессов,

Психологическое здоровье является важной составляющей социального самочувствия человека, с одной стороны, и его жизненных сил, с другой. Вместе с тем многие проблемы, возникающие у человека, не являются показателем психического нездоровья и могут быть решены другим не медицинским путем. Психологическое здоровье клиентов зависит от всех сфер систем, как внутренних, так и внешних, в которых находится человек, состоит из разных уровней и нарушения имеют причинные проявления, среди которых особое место уделяется эмоциональному уровню и его проявлениям.

При возникновении заболевания происходит изменение личности клиента в целом. Болезнь характеризуется как препятствие на пути достижения прежних жизненных целей, и забота о своем здоровье в этот период является необходимым средством для продолжения привычной деятельности. Традиционное понимание болезни связывают с негативной ее стороной. Любая соматическая болезнь - психическая травма для человека. Однако есть и позитивная сторона заболевания. Достаточно часто нежелание согласиться с требованиями общественной жизни или неспособность справляться с трудностями заставляет людей бессознательно искать убежища в болезни или инвалидности. Уход в болезнь зачастую является своеобразным компромиссом, на который человек идёт, пытаясь сохранить баланс между шкалами ценностей и опасностей.

Сердечная деятельность и кровообращение обеспечивают соматические функции, прежде всего обмен веществ и моторику. Но они также являются эквивалентом душевной и духовной активности и установок. Если рассматривать непосредственное психосоматическое и между сердцем и тревогой: тревога воздействует на сердце, приводя к тому что, например, при неясной тревоге, 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 тревоги.

В первой главе нами были рассмотрены понятие психологического здоровья и его критерии. Были рассмотрены такие понятия как: "адаптация", "социализация" и "индивидуализация", выделены качества присущие здоровому человеку. Были даны определения понятия хроническое заболевание, выделены психологические особенности больных страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, рассмотрена история современного изучения связи психического состояния и заболеваний внутренних органов, а также типы отношения людей к своей болезни.

Во второй главе описаны результаты исследования влияния хронических заболеваний на психологическое здоровье у пациентов страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями и находившиеся на плановом лечении в отделении терапии ГБУЗ Белокатайская ЦРБ. В результате исследования, мы обнаружили, что у всех больных определяются симптомы тревоги различной степени выраженности, которые утяжеляют течение болезни, снижают самочувствие, активность, настроение и существенно изменяет социальную ситуацию развития человека. Личностная тревожность отражает не всегда осознаваемые переживания больного, связанные с неполной удовлетворенностью самореализацией личности в системе значимых для нее отношений. При этом необходимо помнить, что повышенная ситуативная тревожность, при которой возбуждение и беспокойство значительно превышают уровень возможных затруднений, снижает результативность деятельности, а игнорирование роли личности часто приводит к провалам при реализации многих профилактических мероприятий. Проведенное исследование позволило описать состояние эмоционально-личностной сферы, как здоровых клиентов, так и клиентов страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Таким образом, в ходе исследования были реализованы поставленные задачи. Полученные результаты подтверждают гипотезу и доказывают достоверность результатов исследования. В то же время исследование не претендует на исчерпывающее решение проблемы влияния хронического заболевания на психологическое здоровье. Результаты работы могут быть использованы для профилактики физического и психологического здоровья клиентов страдающих хроническими заболеваниями и могут быть положены в основу разработки программы для коррекции их неадаптивного поведения.

Список использованных источников

1. Абрамова, Г.А. Практическая психология [Текст]/ Г.А. Абрамова - Екатеринбург, 1998. - 485 с.

2. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. [Текст]/ Ф. Александер - М.: Эксмо-пресс, 2002. - 352 с.

3. Арсеньев, А.С. Глобальный кризис и личность [Текст]/ / А.С. Арсеньев // Мир психологии. - 1994. - №10. - С.12-13

. Барабанова, М.В. Изучение психологического содержания синдрома выгорания [Текст]/ М.В. Барабанова // Вестник Московского ун-та. Сер.: Психология. 1995. №1. - С.24-26

. Барышева, Н.М. Клинико -динамические особенности депрессивных расстройств коморбидных с сердечно - сосудистой патологией [Текст]/ Н.М. Барышева // XXX Юбилейная итоговая конференция молодых учёных МГМСУ- 2008. - с. 40-41.

. Барышева, Н.М. Лечение больных депрессией и сердечной патологией с учетом клинических и электрофизиологических показателей [Текст]/ Н.М. Барышева // Функциональная диагностика. - 2007. - №1. - с. 33-34.

. Березанцев, А.Ю. Психосоматика и соматоформные расстройства [Текст]/ А.Ю Березанцев // - М., 2001. - 191 с.

. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. [Текст]/ Э Берн - СПб., 1992. - 490 с.

. Божович, Л.И. Психология здоровья / Л.И. Божович // Статья по психологии здоровья. - http://www.medline.ru/public/pdf/6\_180.pd

. Братусь, Б. С. Аномалии личности [Текст]/ Б. С. Братусь - М., 1988. . - 380 с.

. Братусь, Б. С. К проблеме человека в психологии. [Текст]/ Б. С. Братусь // Вопросы психологии, - 1997. - №5. - С.15-17

. Васильева, О.С., Филатов, Ф.Р. Психология здоровья. Феномен здоровья в культуре, психологической науке и обыденном сознании [Текст]/ О.С Васильева, Ф.Р Филатов - Ростов-на-Дону, 2005. - С.110-186.

. Васильева, О.С., Филатов, Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки [Текст]: учеб. пособие для студентов высших учебных заведений / О.С Васильева, Ф.Р Филатов - М.: Академия, 2001. - 352 с.

. Василюк, Ф.Е. Психология переживания [Текст]/ Ф.Е Василюк - М., 1984. - 285 с. Васютин, А.М. Здоровье не купишь[Текст]/ А.М Васютин - М: ЭКСМО, 2004. - 448 с.

. Выготский, Л.С. История развития высших психических функций [Текст]/ Л.С Выготский //Собр. Соч.: в 6 т. - М., 1995 - Т.3.: Проблемы развитияпсихики. - С. 2 - 328

. Демина, Л.Д. Ральникова, И.А. Психическое здоровье и защитные механизмы личности [Текст]/ Л.Д. Демина, И.А Ральникова - АГУ, 2000. - 385 с.

. Демина, Л.Д. Социальные процессы в регионах экологического неблагополучия и проектирование деятельности социологов[Текст]/ Л.Д. Демина Барнаул, 1996. . - 270 с.

. Дмитриева, Т.Б. Положий Б.С. Психическое здоровье россиян [Текст]/. Т.Б. Дмитриева // Человек - 2002. - №6. - С.15-17.

. Дружинин, В.Ф. Психологическое образование - основа гуманитарного образования в ХХI веке [Текст]/ В.Ф. Дружинин. - М.,: 1998. - 290 с.

. Дубровина, И.В., Данилова, Е.Е., Прихожан, А.М. [Текст]/ И.В Дубровина, Е.Е Данилова, А.М. Прихожан. - М.: Академия, 2003. - 464с.

. Дубровина, И.В. "Об индивидуальных особенностях школьников". [Текст]/ И.В Дубровина . - М. 1975. - 285 с.

. Елисеев, Ю.Ю. Психосоматические заболевания [Текст] справочник / Ю.Ю. Елисеев - М: Психотерапия, 2003 г. . - 458 с. Ерасов, Б.С. Социальная культурология. [Текст]/ Б.С. Ерасов. - СПб., 1994. . - 340 с.

. Жизненные силы человека [Текст]/ Григорьев С.И. [и др.] - Барнаул, 1996. -345 с.

. Журбин, В.И. Понятие психологической защиты в концепциях З. Фрейда и К. Роджерса. [Текст]/ В.И. Журбин // Вопросы психологии. - 1990. - №4. - С.22-23

. Зейгарник, Б.В., Братусь, Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности [Текст]/ Б.В Зейгарник, Б.С. Братусь. - М., 1975. . - 448 с.

. Зеленина, Е.В. К типологии депрессивного соматовегетативного симптомокомплекса. Депрессии и коморбидные расстройства [Текст]:/ Е.В Зеленина. - М., 1997. - 329 с.

. Зубарев, В.М., Иванов, Н.М., Кремлева, О.В., Особенности психических расстройств у больных с различными соматическими заболеваниями [Текст]/ В.М Зубарев, Н.М Иванов, О.В Кремлева , //Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Сборник научных трудов. - Ленинград, 1990, стр. - 128-129.

28. Ильин, Е.П. Дифференциальная психофизиология. [Текст]:/ Е.П. Ильин - М, 1999. - 458 с.

29. Как и каким образом эмоции вызывают физические заболевания [Текст]/ С.В Березин [и др.] - Самара: Изд-во "Универс-групп", 2007, 32 с. Квасенко А.В. Психология больного [Текст]:/ А.В. Квасенко - Ленинград, 1980 - 278 с.

. Квин, В. Прикладная психология [Текст]:/ В Квин - СПб., 2000. - 235 с

. Клинико - психопатологические характеристики пациентов с функциональными сердечно - сосудистыми нарушениями у женщин. [Текст]/ Б.Д Цыганков [и др.]// Психическое здоровье. - 2008. - №10. - с. 32-35.

. Колесников, В.Н. Лекции по психологии индивидуальности [Текст]:/ В.Н. Колесников - М, 1984. - 425 с.

. Конечный, А.В., Боухал, М. Психология в медицине [Текст]:/ А.В. Конечный, М. Боухал - М, 1984, - 123с. Крайг Г. Психология развития. [Текст]:/ Г. Крайг - СПб.: Питер, 2000. - 992 с

. Кулаков, А.С Основы психосоматики [Текст]:/ А.С Кулаков - С.Пб, Речь 2005.- 288ст.

. Лакосина, Н. Д., Ушаков, Г. К. Учебное пособие по медицинской психологии. [Текст]:/ Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков - Л., 1976. - 490 с.

. Леонтьев, А. Н. Деятельность. Сознание. Личность [Текст]:/ А. Н Леонтьев - М., 1975. - 478 с.

. Лестер, К. Защитные механизмы человеческой психики [Текст]:/ К. Лестер - М., 1963. - 355 с.

. Лук, А.Н. О чувстве юмора и остроумия [Текст]:/ А.Н. Лук - М., 1982. - 260 с.

. Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога [Текст]:/ И.Г. Малкина-Пых - Москва: ООО "Издательство Уникум - Пресс", 2000 - 992с

. Маслоу, А. Психология бытия [Текст]:/ А. Маслоу - М., 1999. - 458 с.

. Маслоу, А. Дальние пределы человеческой психики[Текст]:/ А. Маслоу - СПб, 1997. - 538 с.

. Михайлов, А.Н., Ротенберг, В.С. Особенности психологической защиты в норме и при соматических заболеваниях [Текст]:/ А.Н Михайлов, В.С. Ротенберг // Вопросы психологии. - 1990. №5. -С27-29.

. Никифоров, Г.С. Психология здоровья. [Текст]:/ Г.С. Никифоров - СПб.: Речь, 2002. - 607с.

. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику [Текст]:/ В.В. Николаева - М.: 1987. - 168 с.

. Обозов, Н.И. Психологическая культура взаимных отношений [Текст]:/ Н.И. Обозов - М.: 1986. - 328 с.

. Олпорт, Г. Личность в психологии. [Текст]:/ Г. Олпорт - СПб.: 1998. - 537с.

. Осипова, А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях [Текст]:/ А.А. Осипова - Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. - 315с.

. Пахальян, В.Э. Психопрофилактика и безопасность психологического здоровья детей. [Текст]:/ В.Э. Пахальян // Прикладная писхология.-2002.-№5-6.-С.83-94

. Пахальян, В.Э. Развитие и психологическое здоровье [Текст]:/ В.Э. Пахальян - СПб.: Питер, 2006. - 240с.

. Пезешкиан, Н. Психосоматика и позитивная психотерапия[Текст]/ Н. Пезешкиан -. М.: Медицина, 1996. - С. 258-262.

. Петров, В.И., Седова Н.Н. Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. [Текст]/ В.И. Петров, Н.Н. Седова. М.: Институт человека, 2003 -54, 71-77с.

. Петровская, Л.А. Компетентность в общении[Текст]/ Л.А. Петровская - М., 1989. - 326 с.

53. Погосова, Г.В. Депрессия у больных ишемической болезнью сердца и новые возможности ее лечения./ Г.В Погосова/ Психиатрия и психофармакотерапия - Том 04/№ 5/2002. . - (http://www.consilium-medicum.com/).

. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы [Текст]/ Под ред. Дубровиной И. В. - Екатеринбург, 2000. - 458с.

. Психологическая помощь и консультирование в практической психологии [Текст]/ /Под ред. М.К. Тутушкиной. Сиб., 1998.

. Психология здоровья: Учебник для вузов [Текст] / Под ред. Г С. Никифорова. - СПб.. Питер, 2006. - 60 7 с: ил. - (Сери я "Учебник дл я вузов") .

. Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия. Минск, 1999. - 458 с.

. Психосоматика: взаимосвязь психики и здоровья. [Текст]/ /Хрестоматия. Сост. К.В. Сельченок - Мн.: Харвест. 2003. 640с.

. Психосоматическая медицина [Текст]/: Кратк. учебн. / В. М Бройтигам, П Кристиан., М Рад. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. - 376 с.

. Психотерапевтическая энциклопедия. [Текст] /Под редакцией Б.Д. Карвасарского - СПб.: "Питер", 2002. - 1024с.

61. Райх, Вильгельм Анализ характера [Текст]/ Вильгельм Райх - Пер. с англ. Е. Поле. - М: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. - 528 с

. Резникова, Т.Н., Смирнов В.М. О моделировании внутренней картины болезни [Текст]/ Т.Н. Резникова, В.М Смирнов - Ленинград "Медицина", 1976. - 556 с.

63. Романова, Е.С. Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика [Текст]/ Е.С. Романова, Л.Р. Гребенников - М., 1996. - 453 с.

. Руководство практического психолога - психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы/Под ред. И.В. Дубровской. - М., 1995. - 458 с.

. Сандомирский, М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство [Текст]/ М.Е. Сандомирский - М: Независимая фирма "Класс", 2005. - 592 с

. Секач, М.Ф. Психология здоровья [Текст]: Учебное пособие для высшей школы. / М.Ф. Секач - М: Академический проект, 2003. - 192с.

. Середина, Н.В., Шкуренко, Д.А. Основы медицинской психологии: общее, клиническое, патопсихология [Текст]/ Н.В. Середина, Д.А. Шкуренко - Ростов-на-Дону: "Феникс", 2003. - 512с.

. Слободчиков, В.И., Шувалов А.В. Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей [Текст]/ В.И Слободчиков, А.В. Шувалов// Вопросы психологии. - 2001. - №4. С.96.

. Смулевич, А.Б. К вопросу о психопатологической систематике ипохондрий [Текст]/ А.Б. Смулевич // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1996. -№ 2. - С. 9-13.

. Смулевич, А.Б. Психопатология личности и коморбидные расстройства [Текст]/ А.Б. Смулевич - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 206 с.

. Смулевич, А.Б. Психосоматические расстройства [Текст]: руководство по психиатрии/ А.Б. Смулевич - М.: Медицина, 1999. - Т. 2. - С. 466-489.

. Современное общество и личность в социологии жизненных сил человека. Проблема социального и психического здоровья: развитие и реабилитация жизненных сил человека [Текст]/ С.И. Григорьева [и др.]. - Барнаул, 1999. - 329 с.

. Ташлыков, В.А. Психология лечебного процесса [Текст]/ В.А. Ташлыков - Л.1984. - 435 с.

. Ташлыков, В.А. Стили невротического поведения (на основе типологии внутренней картины болезни) [Текст]/ В.А. Ташлыков //Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Сборник научных трудов. - Ленинград, 1990. - С. 44-49.

. Телесность человека: междисциплинарные исследования [Текст]/ Под ред. В.В.Николаевой и П.Д.Тищенко - М.: 1991. - 379 с.

. Тимошенко, Г.В., Леоненко, Е.А. Работа с телом в психотерапии [Текст]: Практическое руководство/ Г.В. Тимошенко, Е.А. Леоненко - М: Психотерапия, 2006. - 480с.

. Тхостов, А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни. [Текст]/ А.Ш. Тхостов, Г.А. Арина //Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Сборник научных трудов. - Ленинград, 1990. - С. 32-38.

. Урванцев, Л.П. Психология соматического больного [Текст]: учебное пособие/ Л.П. Урванцев - Ярославль 2000. - 458 с.

. Фельдштейн, Д.И. Проблемы развития личности в современных условиях [Текст]/ Д.И. Фельдштейн // Мир психологии и психология в мире. - 1995. - №3. -С. 35 -37.

. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени [Текст]/ К.Хорни . - Москва: М., 1993. - С.116-126.

. Хухлаева, О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции [Текст]: Учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений./ О.В. Хухлаева - М.: Академия, 2001. - 208с.

. Хьелл, Л. Зиглер, Д. Теории личности [Текст]/ Л. Хьелл, Д Зиглер - Изд-во "Питер", 2003. - 328 с.

. Шульц, П. Философская антропология [Текст]/ П. Шульц - Новосибирск, 1996. - 386 с.

. Эриксон, Э. Главное развивающее противоречие // Психология саморазвития: задача для подростков и их педагогов. Рига, ПЦ Эксперимент , 1995. С. 35-40.

. Юнг, К. Г. Структура психики и проблема индивидуации [Текст]/ К.Г.Юнг - М., 1996. - 424 с.

Приложение 1

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИСЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ.

Таблица 2 Распределение обследуемых по половому признаку и клиническому диагнозу

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 группа | | | | 2группа | |
| Гипертоническая болезнь | | Стенокардия напряжения | |  | |
| мужчины | женщины | мужчины | женщины | мужчины | женщины |
| 3 | 5 | 6 | 4 | 9 | 9 |

Таблица 3 Распределение участников исследования по роду занятий и образованию

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 1 группа | 2 группа |
| работающие | 7 | 13 |
| безработные | 11 | 5 |
| с высшим образованием | 6 | 7 |
| средним образованием | 12 | 11 |

Таблица 4 Распределение участников исследования по семейному положению и удовлетворенностью семейным образом жизни

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 1 группа | 2 группа |
| разведены | 11 | 5 |
| состояли в браке | 6 | 13 |
| овдовели | 1 | - |
| удовлетворен | 3 | 5 |
| скорее удовлетворен, чем неудовлетворен | 6 | 9 |
| неудовлетворен | 9 | 4 |

Таблица 5 Результаты исследования личностной и реактивной тревожности клиентов страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями и в контрольной группе

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 1 группа | | 2 группа | |
|  | Личностная тревожность | Реактивная тревожность | Личностная тревожность | Реактивная тревожность |
| 1 | 57 | 58 | 31 | 49 |
| 2 | 47 | 48 | 29 | 33 |
| 3 | 48 | 49 | 36 | 49 |
| 4 | 64 | 65 | 44 | 42 |
| 5 | 55 | 55 | 29 | 39 |
| 6 | 47 | 48 | 24 | 29 |
| 7 | 48 | 49 | 28 | 36 |
| 8 | 45 | 45 | 30 | 44 |
| 9 | 47 | 48 | 33 | 28 |
| 10 | 48 | 50 | 28 | 31 |
| 11 | 57 | 58 | 38 | 28 |
| 12 | 46 | 47 | 36 | 24 |
| 13 | 57 | 58 | 23 | 29 |
| 14 | 48 | 49 | 34 | 44 |
| 15 | 57 | 58 | 42 | 36 |
| 16 | 49 | 49 | 40 | 39 |
| 17 | 55 | 56 | 33 | 31 |
| 18 | 57 | 59 | 40 | 39 |
| Средние данные | 51,77 | 52,72 | 33,22 | 36,11 |

Таблица 6 Результаты исследования самочувствия, активности и настроения у клиентов страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями и в контрольной группе.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 1 группа | | | 2 группа | | |
|  | Самочувствие | Активность | Настроение | Самочувствие | Активность | Настроение |
|  | 3,7 | 2 | 1,4 | 5,4 | 5 | 5,1 |
|  | 2,2 | 1,8 | 1,9 | 5,3 | 5,2 | 5,7 |
|  | 2,7 | 2,3 | 1,8 | 4,8 | 5 | 5,1 |
|  | 2,5 | 2,7 | 2,8 | 5,5 | 5,1 | 5,2 |
|  | 1,6 | 1,7 | 1,5 | 5,5 | 5,5 | 5,7 |
|  | 1,9 | 2,5 | 2,9 | 4,9 | 4,6 | 4,8 |
|  | 1,9 | 1,8 | 1,7 | 5,7 | 5,3 | 5,5 |
|  | 1,1 | 1,3 | 1,1 | 5,9 | 5,2 | 5,2 |
|  | 2,1 | 1,9 | 1,8 | 4,9 | 4,5 | 4,7 |
|  | 2,2 | 2,6 | 2,4 | 5,9 | 5,5 | 5,4 |
|  | 3,7 | 3,4 | 2,4 | 5,7 | 5,1 | 5,2 |
|  | 4,9 | 4,3 | 3,9 | 5,6 | 5,4 | 5,3 |
|  | 5,7 | 5,3 | 4,8 | 5,7 | 5,3 | 5,4 |
|  | 2,9 | 2,6 | 2,7 | 5,5 | 5,3 | 5,6 |
|  | 3,6 | 4,5 | 4,5 | 5,6 | 5,5 | 5,2 |
|  | 3,4 | 3,5 | 2,9 | 5,9 | 5,2 | 5,4 |
|  | 3,9 | 3,7 | 3,7 | 5,9 | 5,3 | 5,6 |
|  | 3,1 | 3,3 | 2,1 | 5,3 | 5,2 | 5,4 |
| Средние данные | 2,95 | 2,84 | 2,57 | 5,5 | 5,17 | 5,30 |

Таблица 7 Результаты исследования акцентуации личности клиентов страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями и в контрольной группе

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Тип акцентуации | 1 группа | 2 группа |
| 1 | Гипертимическая | 3(16,67%) | 1(5,55%) |
| 2 | Демонстративная | 5(27,78%) | 2(11,11%) |
| 3 | Эмотивная | 5(27,78%) | 1(5,55%) |
| 4 | Дистимическая | 2(11,11%) | 1(5,55%) |
| 5 | Педантичная | 1(5,55%) | 1(5,55%) |
| 6 | Возбудимая | 1(5,55%) | 0 |
| 7 | Акцентуация не выявлена | 1(5,55%) | 13(72,22%) |

Таблица 8 Результаты исследования тревоги и депрессии у клиентов страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями и в контрольной группе

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 1 группа | | 2 группа | |
|  | Депрессия | Тревога | Депрессия | Тревога |
| 1 | 9 | 11 | 2 | 1 |
| 2 | 7 | 15 | 6 | 7 |
| 3 | 11 | 12 | 3 | 2 |
| 4 | 9 | 10 | 2 | 4 |
| 5 | 13 | 15 | 2 | 3 |
| 6 | 9 | 12 | 3 | 3 |
| 7 | 13 | 17 | 6 | 8 |
| 8 | 16 | 19 | 5 | 3 |
| 9 | 11 | 12 | 3 | 1 |
| 10 | 9 | 13 | 3 | 2 |
| 11 | 8 | 14 | 2 | 4 |
| 12 | 12 | 17 | 4 | 8 |
| 13 | 14 | 16 | 1 | 3 |
| 14 | 8 | 10 | 2 | 4 |
| 15 | 7 | 12 | 3 | 5 |
| 16 | 12 | 19 | 4 | 8 |
| 17 | 11 | 21 | 3 | 5 |
| 18 | 7 | 11 | 2 | 3 |
| Средние данные | 10,34 | 14,23 | 3,11 | 4,11 |

Приложение 2

КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩАЯ ПРОГРАММА ПО ТЕМЕ ВЛИЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КЛИЕНТОВ

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основными причинами смерти населения экономически развитых стран, в том числе и России. По данным И. Карамовой за 2007 год 32,4 процента взрослого населения Башкортостана, страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями. В Башкортостане в 2007 году умерли 55144 человека, из них от болезней системы кровообращения - 31650 жителей республики. Только инфаркты миокарда ежегодно сокращают население республики на 1100 человек, до 80 процентов умерших от болезней системы кровообращения - мужчины трудоспособного возраста.

Субъективное благополучие личности, переживание полноты жизни, устойчивость в трудных жизненных ситуациях напрямую связаны с доминирующим настроением и психологическим состоянием. В последние годы внимание исследователей привлечено к изучению связи между сердечно-сосудистыми заболеваниями и патологическими нарушениями настроения (Grippo AJ, Johnson AK. 2002). Доказан факт негативного влияния аффективной патологии на течение и прогноз сердечно-сосудистого заболевания. Тревога, депрессии и сердечно-сосудистые заболевания тесно связаны друг с другом: при наличии тревожных, депрессивных расстройств наблюдаются изменения в сердечно-сосудистой системе, а сердечно-сосудистые заболевания нередко сопровождаются тревогой и депрессиями. Депрессия почти всегда сопровождается тревожной симптоматикой, Наличие тревоги свидетельствует о мобилизации психологических ресурсов, в то время как депрессия связана с их истощением. Установлено, что наличие депрессии при ССЗ увеличивает вероятность развития осложнений, повторных коронарных катастроф, а также в 2-4 раза повышает риск смертельного исхода.

Цель: коррекция эмоционального состояния больных сердечно сосудистыми заболеваниями.

Концепция программы определяется следующими положениями:

Каждый человек способен влиять на свое здоровье и болезнь и нести за это ответственность;

Когда кто-то пренебрегает своим душевными или телесными потребностями, он расплачивается за это ухудшением физического состояния;

Организм человека реагирует на возникающую дисгармонию, сообщает о ней на языке симптомов и стремится восстановить равновесие посредством изменения форм и функций органов и систем;

Развивающиеся заболевание имеет определенный личностный смысл для каждого человека;

Таким образом, если психика определяет возникновение болезни, (реализуя органическую, наследственную предрасположенность), то путем психотерапии в комплексе с другими методами лечения мы можем помочь клиенту мобилизовать собственные ресурсы для преодоления расстройств.

В основе данной программы лежат идеи, теоретические положения концепции психосоматической медицины и фундаментальные отечественные работы по психосоматике, психологии телесности, концепции психического (личностного) здоровья.

Разработанная программа рассчитана на участников в возрасте от 25 до 50 лет, состоящая из 14 занятий, каждое из которых занимает около 3 часов требуемого для проведения времени. Программу рекомендуется проводить 2 раза в неделю. Наиболее оптимальный по численному составу является группа из 10-12 человек.

Задачи программы:

1. Улучшение общего самочувствия клиентов,

2. Повышение стрессоустойчивости,

. Коррекция их самооценки и самоотношения.

. Построение конструктивной оптимистичной жизненной позиции и повышение уровня социальной (ре)адаптации.

Способы реализации:

1. Психологическое просвещение и пропаганда психологических знаний путем использования групповых и индивидуальных бесед. Лекционный курс был посвящен роли психологических аспектов в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний.

2. Психологическое консультирование и коррекция личностных отклонений;

 групповое и индивидуальное обучение пациентов возможности диагностировать у себя проявления поведенческих симптомов, способствующих развитию ИБС, выявление индивидуальных особенностей и перспектив развития личности.

 развитие умения ориентироваться в сложных ситуациях, анализировать мотивы собственного поведения и поступков других людей;

 формирование навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния факторов риска на здоровье, обучение основным приемам преодоления барьеров и страхов.

Занятия имеют чёткую структуру, состоящие из нескольких взаимосвязанных частей, а именно:

. Ритуал приветствия позволяет сплачивать участников, создавать атмосферу группового доверия и принятия.

. Разминка - воздействие на эмоциональное состояние участников, уровень их активности. Разминка выполняет важную функцию настройки на продуктивную групповую деятельность.

. Основное содержание занятия - совокупность функциональных упражнений и техник.

. Рефлексия занятия предполагает участниками две оценки занятия: эмоциональную (понравилось - не понравилось) и смысловую (почему это важно для каждого конкретно, зачем и чему мы научились, что запомнилось больше всего).

. Ритуал прощания - смысловое завершение занятий.

Краткое содержание программы:

Раздел 1. Знакомство участников группы

Занятие № 1 "Знакомство"

Занятие № 2 "Продолжаем знакомиться"

Занятие № 3 "Каков я на самом деле?"

Раздел 2. Расширение информации о собственной личности и роли психологических аспектов в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний

Занятие № 4 "Моя индивидуальность"

Занятие № 5 "Познание своего Я"

Занятие № 6 "Агрессивность"

Раздел 3. Совместный поиск и обучение альтернативным способам поведения и эмоционального реагирования в ситуациях, провоцирующих агрессию, тревогу. Отработка навыков уверенного поведения и саморегуляции. Завершение.

Занятие № 7 "Мои эмоции"

Занятие № 8 "Мой гнев"

Занятие № 9 "Калейдоскоп чувств"

Занятие № 10 "О конфликтах"

Занятие № 11 "Работа с обидами"

Занятие № 12 "Мои сильные стороны"

Занятие № 13 "Моё спокойствие"

Занятие № 14 "Завершение"

Занятие № 1. "Знакомство"

Цель: установление групповых норм. Знакомство. Сбор проблематики.

Правила групповой работы. Время: 5 мин.

. Искренность в общении. В группе не стоит лицемерить и лгать. Группа - это то место, где вы можете рассказать о том, что вас действительно волнует и интересует, обсуждать такие проблемы, которые до момента участия в группе по каким-либо причинам не обсуждали. Если вы не готовы быть искренним в обсуждении какого-то вопроса - лучше промолчать.

. Обязательное участие в работе группы в течение всего времени. Этот принцип вводится в связи с тем, что ваши мысли и чувства очень значимы для других членов группы. Ваше отсутствие может привести к нарушению внутригрупповых отношений, к тому, что у других не будет возможности услышать ваше мнение по обсуждаемому вопросу.

. Невынесение обсуждаемых проблем за пределы группы. Все что говорится здесь, должно остаться между нами. Это - одно из этических оснований нашей работы. Не стоит обсуждать чьи-то, проблемы с людьми, не участвующими в тренинге, а также с членами группы вне тренинга. Лучше это делать непосредственно на занятии.

. Право каждого члена группы сказать "стоп"- прекратить обсуждение его проблем. Если вы чувствуете, что еще не готовы быть искренними в обсуждении вопросов, касающихся лично вас, или понимаете, что-то или иное упражнение может нанести вам психологическую травму - воспользуйтесь этим принципом.

. Каждый участник говорит за себя, от своего имени. Не стоит уходить от обсуждения и допускать рассуждения типа: "все так думают", "большинство так считают". Попытайтесь строить свои рассуждения примерно так: "я думаю...", "я чувствую...", "мне кажется...".

. Не критиковать и признавать право каждого на высказывание своего мнения. Нас достаточно критикуют и оценивают в жизни. Давайте в группе учиться понимать других, чувствовать, что человек хотел сказать, какой смысл вложил в высказывание.

. Общение между всеми участниками и ведущим - на "ты". Этот принцип создает в группе обстановку, отличную от той, что существует за ее пределами. Это будет трудно, потому что мы привыкли к определенной иерархичности в отношениях. Если вам тяжело сразу перейти на "ты" - не торопите себя. Это может произойти ко второй, третьей встрече.

.Правило "0:0". Участники не должны опаздывать на тренинговые занятия. Введение санкций за опоздание: прочитать стихотворение, спеть, рассказать анекдот и другие.

Процедура знакомства.Время:30 мин. Руководитель группы представляется и просит по кругу назваться остальных членов группы, при этом участники могут выбрать тот вариант имени, которым они хотели бы называться в группе. Можно расширить процедуру знакомства: а)участникам предлагается назвать одно положительное или одно отрицательное собственные качества на первую букву своего имени. б) В течении одной минуты каждый участник должен пожать руку каждому и сказать несколько теплых слов. в) Каждый участник каждому участнику говорит пять комплиментов. г) Каждый участник встает и рассказывает один анекдот, за что вознаграждается аплодисментами. После окончания упражнения проводится обсуждение: легко или трудно было найти качества, какие качества приходили на ум быстрее - положительные и отрицательные и т.д.

Беседа о роли психологических аспектов в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний. Время:10 мин

Сбор проблематики. Время:30 мин. Для того чтобы получить первоначальное представление об ограничениях, затруднениях и проблемах, возможно обсуждение по трем основным направлениям: а) что не нравится и что нравится в жизни; б) что не нравится и что нравится дома; в) что не нравится и что нравится в больнице.

Обсуждение проводится отдельно по каждому направлению. Здесь следует стремиться к тому, чтобы высказался каждый член группы. Очень важно соблюдать последовательность обсуждения: вначале негативный опыт, а затем позитивный. Обсуждение этого опыта дает возможность рассказать о собственных переживаниях, с одной стороны, и отреагировать негативные эмоции, с другой. Обсуждение позитивного опыта часто приводит к осознанию, что не все так плохо, что есть люди, на которых можно положиться, которые могут оказать поддержку, понимают и любят.

Упражнение № 1. "Вам послание". Время:5 мин.

Оборудование: мягкая игрушка или мяч.

Процедура проведения:упражнение выполняется в круге. Каждому участнику предлагается назвать имя сидящего слева от него и сказать, например: "Оля, я думаю, что ты…..", передавая при этом игрушку (мяч). Тот передает сообщение дальше по часовой стрелке.

Упражнение № 2."Интервью". Время: 20 мин.

Оборудование:листы бумаги (по количеству участников), пишущие принадлежности.

Процедура проведения: участникам игры предлагается выбрать из всех присутствующих того человека, с которым они меньше всего знакомы. Разбившись, таким образом на пары можно приступать к игре, суть которой заключается в составлении биографии своего напарника и нарисовать его портрет. Ведущий определяет продолжительность интервью (10 мин.) за которое каждый участник должен побывать как в роли репортера, так и в роли интервьюируемого. После этого, собравшись все вместе, участники рассказывают все то, что им удалось выяснить о своем напарнике в ходе интервью.

Вопросы для обсуждения:

легко ли было составлять биографию напарника?

с какими трудностями столкнулись при её составлении?

что больше нравиться: быть интервирующим или же рассказчиком?

Упражнение № 3 "Индивидуальность" Время:15 мин.

Процедура проведения: Игра с помощью которой можно лучше узнать друг друга. Называется ситуация, на которую участникам, проигрывая, следует ответить.

Варианты высказываний:

тот у кого есть брат, должен щёлкнуть пальцами".

у кого голубые глаза - трижды подмигните;

чей рост больше 1м 70см, пусть крикнет "ДА";

чей рост меньше 1м 80см, пусть крикнет "Ура";

тот, кто сегодня утром съел вкусный завтрак, пусть погладит себя по животу;

кто родился в мае, пусть возьмет за руку одного члена группы и потанцует с ним;

кто любит собак, должен пролаять;

любящие кошек скажут "Мяу!";

те, у кого есть красные детали одежды, получают особое задание: они должны сказать соседу справа, что он сегодня замечательно выглядит, причём в разных формах;

у кого есть замужняя сестра, пусть скажет соседу слева, что это и тебе советую;

кто пьет кофе с сахаром и молоком, встаньте по росту;

кто хоть раз в жизни курил, должен крикнуть: "Я это одабриваю!";

пусть единственный ребенок своих родителей поднимется на стул;

кто рад, что попал в эту группу, громко скажет "А!";

кто считает себя любознательным человеком, пусть поменяется местами с тем, кто думает так же;

кто изредка мечтал стать невидимым, спрячется за одного из участников;

тот, кто умеет играть на каком-нибудь музыкальном инструменте, пусть покажет, как это делается;

те, у кого с собой есть шоколадка, жвачка или конфета, трижды громко чмокнете;

кто порой злоупотребляет алкоголем, должен обойти, пошатываясь, вокруг своего стула.

Упражнение № 4 "Мы похожи, мы отличаемся"Время: 20 мин.

Оборудование: листы бумаги (по количеству участников), пишущие принадлежности.

Процедура проведения:Участники разбиваются на пары. В течение 5-х минут каждой паре необходимо найти у себя 10 сходных и 10 отличных качеств. Причем оценивать могут внешность, события и личностные качества. Затем поочередно каждая пара рассказывает группе о своих наблюдениях. Далее обсуждение по кругу: "что было труднее найти - сходство или отличия?".

Выходная рефлексия:Время:15 мин.

с каким настроением уходите с тренингового занятия?

было ли вам интересно и что понравилось лучше всего?

чего вы узнали нового о своих товарищах?

Ритуал прощания:участникам предлагается при помощи фразы: "Спасибо тебе за то, что…" обратится к участнику сидящему, слева от него. Тот - следующему и так по часовой стрелке до завершения круга. Затем ведущий просит участников сказать дружно всем вместе - "До свидания!".

Занятие № 2. "Продолжаем знакомиться"

Цель:продолжение знакомства членов тренинговой группы через установление между участниками группы доверительного стиля общения.

Ритуал приветствия: Участники группы стоят в кругу. Водящий выходит в круг и здоровается, пожимая руку одному из участников. Этот следующий участник, пожимая свободную руку водящему, другой рукой приветствует третьего и так далее. Образуется новый круг, в котором игроки держаться за руки. По команде ведущего громко говорят друг другу "Здравствуйте!".

Входная рефлексия: Время:10 мин.

с каким настроением вы сегодня пришли на занятие?

Упражнение № 1. "Зрительный контакт".Время: 5 мин.

Цель:установление более глубокого и доверительного контакта между участниками группового процесса.

Процедура проведения: ведущий говорит о том, что в обычной жизни зачастую люди довольствуются поверхностными, неглубокими контактами друг с другом, не пытаясь увидеть, что чувствует, переживает другой; после чего участникам предлагают в течение 3-5 мин. смотреть в глаза другим, стараясь установить контакт с каждым членом группы. По окончании ведущий спрашивает о чувствах, испытанных во время упражнения, кому и почему было установить зрительный контакт.

Упражнение № 2 "Интервью" Время:25 мин.

Оборудование: листы бумаги (по количеству участников), пишущие принадлежности.

Процедура проведения: Каждый участник должен в течение 5-7 мин. подготовить по одному вопросу для всех членов группы. Вопросы должны касаться внутренних личностных особенностей человека - его характера, привычек, интересов, привязанностей, установок и т. п. Основное правило - отвечать как можно более полнее и откровеннее. Участник, готовый первым дать интервью группе, садится так, чтобы видеть в лицо всех членов группы. Члены группы по очереди задают приготовленные (именно этому участнику) вопросы. В качестве интервьюируемого должен побывать каждый участник. По завершению упражнения по кругу идёт обсуждение по вопросам:

сложно ли было придумывать вопросы?

достаточно ли полно были даны ответы?

кем быть легче: журналистом или интервируемым?

легко ли вы отвечали на поставленные вопросы?

какие возникали трудности при ответе?

Упражнения № 3. "Волшебный базар".Время: 30 мин.

Цель: изучение самоотношения, обучение позитивной оценки и принятие собственных негативных качеств.

Оборудование: большие стандартные листы бумаги и маленькие визитки, фломастеры и булавки.

Процедура проведения: Участникам предлагается сыграть в игру "Волшебный базар". Особенность этого базара состоит в том, что на нем торгуются и обмениваются человеческими качествами. Ведущий просит участников написать на большом листе бумаги "куплю", а ниже - те качества, которые они хотели бы приобрести. Листок прикалывается булавкой на грудь. На маленькой визитке участники пишут одно личностное качество, от которого они хотели бы избавиться. В ходе игры участники "обмениваются" качествами. Можно обменять свой "товар" на одно, два, три качества. Ограничение только одно - нельзя просто отдать свое качество, ничего не получив взамен. Ведущий постоянно стимулирует активность на "базаре". Игра прекращается либо тогда, когда все необходимые обмены уже произведены, либо по инструкции ведущего, который, взяв на себя роль директора, прекращает торги.

После окончания упражнения проводится его обсуждение. Участники делятся впечатлениями. Легко или трудно было найти качества, от которых хотелось бы избавиться? Что удалось, а что не удалось реализовать на рынке и почему? Какая роль больше понравилась: покупателя или продавца? Что было труднее: покупать или продавать? Почему?

Выходная рефлексия:Время:10 мин.

с каким настроением уходите с тренингового занятия?

было ли вам интересно и что понравилось лучше всего?

Ритуал прощания: Участники встают в круг, кладут при этом свои руки на плечи соседа справа и слева. По счёту психолога "один, два, три" говорят все дружно "До свидания!".

Занятие № 3. "Каков я на самом деле"?

Цель: продолжить знакомство с участниками. Создать положительную мотивацию к предстоящим занятиям. Закрепить навыки самоанализа, способность к более глубокому самораскрытию, которое ведёт к изменению себя.

Ритуал приветствия: Участники сидят в кругу. "Начнём сегодняшний день так: встанем, (психолог встаёт, побуждая к тому же всех участников группы) и поздороваемся, причём это надо сделать с каждым, никого не пропуская".

Входная рефлексия: Время:10 мин.

с каким настроением вы сегодня пришли на занятие?

Упражнения № 1. "Счёт до десяти" Время:10 мин.

Цель: осуществлять эмоциональный разогрев.

Процедура проведения: все становятся в круг, не касаясь друг друга плечами и локтями. По сигналу "начали" следует закрыть глаза, опустив свои носы вниз и сосчитать до десяти.

Хитрость состоит в том, что считать надо по очереди. Кто-то скажет "один", другой - "два", третий - "три" и т.д. Однако в игре есть одно правило: цифру должен произнести только один человек. Если два голоса одновременно скажут, например, "четыре", счёт начинается сначала. "Всё ясно? Начали? У вас есть десять попыток. Если вы доведёте счёт до десяти и не собьётесь, считайте себя волшебниками, а свою группу - необыкновенно согласованной. После каждой неудавшейся попытки, вы можете открыть глаза и посмотреть друг на друга, но без переговоров. Попробуйте понять друг друга, но без переговоров".

Упражнения № 2. "Каков я человек?" Время:30 мин.

Цель: предоставление возможности исследования своего характера, способности к самопознанию.

Оборудование: листы бумаги и ручки.

Процедура проведения: "человек часто задаёт вопросы, но в основном другим. Эти вопросы могут быть о чём угодно, только не о себе. Сейчас мы с вами попытаемся ответить на вопрос: какой я человек?

Возьмите лист бумаги и ответьте на предлагаемые вопросы:

мой жизненный путь: каковы мои основные успехи и неудачи? С чем это связано?

влияние семьи: как на меня влияют мои родители, братья и сёстры, другие близкие? Возможно, ли что-то изменить? И хотелось бы?

моё мнение о том, как видят меня другие?

Ваши ответы должны быть предельно откровенными, так, как, кроме вас, их никто не увидит. Только с вашего разрешения с этими ответами ознакомлюсь я. В конце занятия у вас накопятся ответы на этот простой и одновременно такой сложный вопрос: какой я человек? Эти ответы помогут вам лучше разобраться в себе.

Упражнения № 3. "Мой портрет в лучах солнца" Время:15 мин.

Цель: актуализация знаний о себе.

Оборудование: листы бумаги и ручки.

Процедура проведения: всем задаётся вопрос: "Почему человек заслуживает уважения?". Идёт обсуждение. Далее даётся задание: "Нарисуйте солнце, в центре солнечного круга напишите своё имя и нарисуйте свой портрет. Затем, вдоль лучей напишите все свои достоинства, всё хорошее, что знаете о себе. Постарайтесь, чтобы было как можно больше лучей. Это будет ваш ответ на вопрос: Почему я заслуживаю уважения?".

Упражнения № 4. "Ловим комаров" Время:10 мин.

Цель: осуществить эмоциональную разгрузку.

Процедура проведения: "давайте представим, что наступило лето, я открыл форточку и к нам в аудиторию (группу) налетело много комаров. По команде "начали", вы будете ловить комаров вот так!". Психолог в медленном или среднем темпе делает хаотичные движения в воздухе, сжима и разжимая при этом кулаки. То поочерёдно, то одновременно. "Каждый участник ловит комаров в своём темпе и в своём ритме, не задевая тех, кто сидит рядом". По команде "стоп", участники заканчивают выполнение упражнения.

Выходная рефлексия:Время:10 мин.

с каким настроением уходите с тренингового занятия?

было ли вам интересно и что понравилось лучше всего?

с чем новым вы познакомились на нашем сегодняшнем занятии?

Ритуал прощания: Участники встают в круг, кладут при этом свои руки на плечи соседа справа и слева. По счёту психолога "один, два, три" говорят все дружно "До свидания!".

Занятие № 4. "Моя индивидуальность"

Цель: Расширение информации о собственной личности и проблеме агрессивного поведения.

Ритуал приветствия: Участники сидят в кругу. Ведущий: "встанем и поздороваемся, подойдя друг другу за руку".

Входная рефлексия: Время:10 мин.

с каким настроением вы сегодня пришли на занятие?

Упражнения № 1. "Поменяйтесь местами те, кто…" Время:10 мин.

Цель: осуществлять эмоциональный разогрев.

Процедура проведения: участники сидят на стульях в кругу. Ведущий произносит фразу: "Поменяйтесь местами те, кто…" и продолжает ее по любому условию.

Примеры условий:

 кто любит мороженое;

 у кого есть дома собака (кошка);

 кто любит ходить в кино.

 кто любит петь;

 кто любит танцевать;

 кто первый раз участвует в тренинге;

 любит ли читать книги;

 Любит ли смотреть телесериалы;

 Знак Зодиака (овен, телец);

 Любимый вид спорта (волейбол, ботскетбол);

 любить плавать;

 умеет играть на гитаре;

 носит серьги;

 Кто родился с января по июнь;

 Кто родился с июля по декабрь и др.

Задача участников - поменяться местами, если названное ведущим основание подходит. Это упражнение способствует осознанию своей уникальности и неповторимости, и в тоже время способствует формированию чувства общности с группой.

Упражнение № 2. "Я - индивидуальность" Время: 30 мин.

Цель: актуализация "Я - состояний" в прошлом, настоящем и в будущем, активизация и самосознания.

Процедура проведения: группа делится на тройки или четверки и рассаживается в кружки. Участникам дается инструкция последовательно обмениваться предложениями внутри каждой микрогруппы. Начинать фразу нужно с определенных слов. Упражнения состоит из трех серий, начинать или заканчивать каждую из них необходимо только по команде. На каждую серию отводится по 5 мин.

Серия 1. Раньше я …Серия 2. На самом деле я…Серия 3. Скоро я…

Руководитель следит, чтобы предложение начиналась именно с "фиксированной" фразы, стимулирует работу в микрогруппах ("Не думайте над окончанием фразы, говорите первое, что придет в голову", "Если затрудняетесь что-то сказать, передавайте ход следующему игроку").

После прохождения трех серий группа образует общий круг и обсуждает: что не понравилось, что понравилось в этом упражнении; что было трудно, а что легко; в какой серии участники испытали наибольшие затруднения; что чувствовали, о чем думали во время выполнения упражнения.

Упражнение № 3."Моё агрессивное поведение". Время: 40 мин.

Цель: осознание и выражение собственного отношения к проблеме агрессивного поведения, научение распознаванию направленности собственных агрессивных импульсов.

Процедура проведения: слово ведущему: каждому человеку от природы дана агрессивная энергия. Однако разные люди используют ее по-разному. Один - чтобы созидать, и тогда агрессивную энергию можно назвать конструктивной. Другие - чтобы уничтожать, разрушать, и тогда их агрессия - деструктивна. Конструктивная агрессия - это активность, стремления к достижениям целей, защита себя и других, завоевание свободы и независимости, защита собственного достоинства. Деструктивная агрессия - это насилие, жестокость, ненависть, злоба, придирчивость, гнев, раздражение, упрямство и самобвинение. Чтобы понимать, что с нами происходит, очень важно распознавать свои агрессивные импульсы, управлять ими и направлять в желаемое русло, не причиняя вреда окружающим.

Проанализируйте собственное поведение и постарайтесь ответить на вопросы: В какой форме (деструктивной или конструктивной) чаще всего проявляется ваша агрессивная энергия? Как вы поступаете со своей агрессивной энергией: даете ей ход или, наоборот, стараетесь сдерживать? Как вы относитесь к собственной агрессивной энергии: боитесь ее, наслаждаетесь ею, получаете от нее удовольствие, безразличны? Какие ваши привычные способы разрядки этой энергии?

В процессе упражнения необходимо предоставить возможность высказаться каждому участнику группы, не ограничивая его во времени и не сужая тематику его рассказа.

Упражнение № 4. "Чудо-ладошка".Время 15 мин.

Цель: способствуют оптимизации внутригрупповых связей, активизирует самосознание, формирует позитивное самоощущение и способность к позитивной оценке других людей.

Оборудование: листы бумаги и ручки.

Процедура проведения: участники на листе бумаге обводят свою ладонь. Внутри каждого пальца необходимо написать по одному качеству, которое они больше всего в себе ценят. Затем листы передаются по кругу, и каждый участник дописывает в центре ладони то качество, которое он ценит в этом человеке. В конце упражнения рисунки передаются их автору. Обсуждается по кругу: понравилось, что написали его соседи, или нет. Что участники испытывают после оценки своих товарищей?

Выходная рефлексия:Время:10 мин.

с каким настроением уходите с тренингового занятия?

было ли вам интересно и что понравилось лучше всего?

Ритуал прощания: Участники встают в круг, берутся за руки. Вытянув их вперёд, говорят все вместе - "До свидания!".

Занятие № 5. "Познание своего Я"

Цель: расширение информации о собственной личности и проблеме агрессивного поведения.

Ритуал приветствия: Психолог просит участников встать в круг. Затем положить руки друг другу на плечи и приветливо посмотреть друг на друга.

Входная рефлексия: Время:10 мин.

с каким настроением вы сегодня пришли на занятие?

Упражнение № 1. "Угадай какой я!" Время: 10 мин.

Цель: эмоциональный разогрев, включение участников тренинга в групповой процесс.

Процедура проведения: один человек выходит на середину круга. Его задача - одним жестом передать своё настроение, особенности характера или какую-нибудь черту. Остальные должны угадать, что он хотел сказать. Угадавший занимает его место и выполняет тоже самое задание.

Упражнение № 2."Я - индивидуальность". Время: 30 мин.

Цель: актуализация "Я - мотиваций", усиление диагностических процессов мотиваций, активизация процессов мотивации и волевой регуляции.

Процедура проведения: процедура упражнения направленность обсуждения те же, что в упражнении № 2 предыдущего занятия. Предлагаемые серии.

Серия 1. Я никогда не…Серия 2. Я хочу, но, наверное, не смогу…Серия 3. Если я действительно захочу, то…

Упражнение № 3. "Я - агрессивный". Время: 40 мин.

Цель: обучение распознавание основных типов ситуаций, провоцирующих агрессивное поведение.

Оборудование: доска для записей.

Процедура проведения: психолог предлагает участникам поделиться воспоминаниями о ситуациях, в которых они вели себя агрессивно. Участники высказываются по кругу. Затем идет общее обсуждение, делается вывод, который записывается на доске. Участники читают его и добавляют, если что-то упущено. Если обозначение ситуаций вызывает затруднение у участников тренинга, то психолог предлагает их сам: нарушение прав, реагирование на требования, реагирование на агрессию и т. д.

Упражнение № 4. "Импульс".Время: 10 мин.

Цель: способствует эмоциональной разрядке, формированию чувства общности с группой.

Процедура проведения: участники группы образуют круг, держась за руки. Ведущий задает определенный ритм, сжимая ладонь своего соседа, и все участники передают его по "цепочке". Импульс должен обязательно вернуться к ведущему. По мере прохождения по кругу возможно искажение переданной ведущим "информации". Если это произошло, то задание выполняется заново.

Выходная рефлексия:Время:10 мин.

с каким настроением уходите с тренингового занятия?

было ли вам интересно и что понравилось лучше всего?

с чем новым вы познакомились на нашем сегодняшнем занятии?

Ритуал прощания: Участники встают в круг. По команде психолога "начали", участники подходят друг к другу, пожимая руку, говорят - "До свидания! До скорых встреч!".

Занятие № 6. "Агрессивность"

Цель: осознание и оценка собственного нежелательного поведения и его влияния на окружающих людей.

Ритуал приветствия: Психолог говорит участникам: "сейчас каждый по очереди будет вставать в центр, поворачиваться лицом к группе и здороваться со всеми любым способом. Мы же все вместе будет повторять каждое предложенное приветствие".

Входная рефлексия: Время:10 мин. - с каким настроением вы сегодня пришли на занятие?

Упражнение № 1. "Передай иначе".Время: 10 мин.

Цель:осуществить эмоциональный разогрев участников и настроить их на предстоящую работу.

Оборудование: мяч. Процедура проведения: участники садятся в круг. Ведущий даёт первому участнику (справа или слева от него) мяч. Задание заключается в передаче мяча, таким образом, чтобы способ передачи его от участника к участнику ни разу не повторялся. Для тех, кто никак не может придумать оригинальный, ещё не использованный в игре способ передачи мяча, команда придумывает смешные штрафные санкции.

Упражнение № 2. Работа с "сердитым журналом".

Время:40 мин. (20 мин. на работу, 20 мин. на обсуждение).

Цель:осознание и оценка собственного агрессивного поведения, его основных проявлений, целей и последствий. Оборудование: листы бумаги и ручки

Процедура проведения: участники тренинга работают индивидуально с так называемым "сердитым журналом", в качестве которого можно использовать тетрадь или стандартные листы бумаги. Им предлагают вспомнить ситуации, в которых они вели себя агрессивно и проанализировать их по следующей схеме:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Описание Ситуации | Насколько был рассержен (по 5-тибалльной шкале) | "Горячительные" мысли (о чем думал) | Что реально сказал | Чего хотел добиться | Последствия | |
|  |  |  |  |  | Ближайшие | Отсроченные |
|  |  |  |  |  |  |  |

После выполнения индивидуальной работы проводится общегрупповая дискуссия об основных причинах, целях и последствиях агрессивного поведения. Желающие могут зачитать свои записи. В ходе дискуссии ведущий подводит подростков к пониманию того, что лежит в основе агрессивного поведения и каким последствиям оно может приводить. Он может предложить для обсуждения заранее заготовленную таблицу или же таблица заполняется вместе с участниками в ходе обсуждения.

Итог обсуждения - активизация потребности участников в поиске, выборе и принятии решения об изменении собственного нежелательного поведения.

Основные причины и последствия агрессивного поведения (результаты групповой дискуссии)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Внутренние (истинные) причины | Цели (желания) | Расплата |
| Постоянный поиск подтверждения собственной значимости. Неуверенность в себе. | Власть (доминирование над другими). Избегание доминирования над собой кого-либо или чего-либо. Победа в споре. Мщение Защита и восстановление нарушенных прав. | Здоровье, энергия, активность (в результате - вялость, апатия, усталость). Отношение с людьми (потеря любви, дружбы, уважения). Ощущение полноты жизни (отсутствие радости, счастья, опустошенность) |

Упражнение № 3. "Глаза в глаза".Время: 20 мин.

Цель: формирование способности к эмпатическому пониманию и принятию индивидуальности других.

Процедура проведения: участники группы хаотически передвигаются по комнате: встречаясь, останавливаются, смотрят друг другу в глаза. *Инструкция ведущего:*посмотри на человека, стоящего перед тобой. Посмотри ему в глаза, постарайся понять, что у него на душе. Ему светло, спокойно? Или его что-то тревожит? Он напряжен? Отчего? Чего он боится? Перед вами человек. Он такой же, как и вы. Он так же, как вы, хочет быть счастливым, так же бывает одинок. Он часто ошибается, говорит и делает глупости, страдает от этого. Ему бывает трудно. Посмотри ему в глаза и скажи: "Я - это я, ты - это ты. Ты пришел в этот мир не для того, чтобы соответствовать моим ожиданиям. Я признаю твое право быть самим собой, а не таким, каким я хочу тебя видеть".

После выполнения упражнения проводится общее обсуждение. Участники делятся своими впечатлениями и переживаниями.

Упражнение № 4. "Фигура".Время: 15 мин.

Цель: эмоциональная разрядка, развитие способности к взаимопониманию, формирование групповой сплоченности.

Процедура проведения: ведущий предлагает участникам тренинга с закрытыми глазами построиться, взявшись за руки, таким образом, чтобы получилась определенная фигура (круг, квадрат, треугольник).

Выходная рефлексия:Время:10 мин.

с каким настроением уходите с тренингового занятия?

было ли вам интересно и что понравилось лучше всего?

с чем новым вы познакомились на нашем сегодняшнем занятии?

Ритуал прощания: Участники встают в круг. По команде психолога "начали", участники подходят друг к другу, пожимая двумя руками руку участника, говорят - "До свидания! Мы ещё встретимся!".

Занятие № 7. "Мои эмоции"

Цель: отреагирования негативных эмоций и обучение приемам регулирование эмоционального состояния.

Ритуал приветствия: Участники сидят в кругу. Каждый начинает с приветствия и говорит я рад вас сегодня видеть, потому, что…(продолжает предложение). И так по кругу, пока все не скажут.

Входная рефлексия: Время:10 мин.

с каким настроением вы сегодня пришли на занятие.

Упражнение № 1. "Мне кажется, что ты сейчас…".Время: 5 мин.

Цель: формирование способности к эмпатическому пониманию другого, оценке его эмоционального состояния по внешним проявлениям. Оборудование: мяч.

Процедура проведения: ведущий кидает мяч любому участнику группы и говорит: "Аня, мне кажется, ты сейчас грустная". Аня кидает мяч следующему участнику и говорит: "Таня, мне кажется, ты сейчас раздраженная", и т. д. в игре участвуют все. Можно усложнить упражнение, запустив в ход послание, я испытываю сейчас. И так дальше по кругу.

Упражнение № 2. "Памятник".Время: 20 мин.

Цель: ознакомление с эмоциями и чувствами, способность определения эмоционального состояния по внешним проявлениям, отреагирования негативного опыта. Оборудование: карточки с названиями чувств и эмоций.

Процедура проведения: участники получают карточки с названиями чувств и эмоций (радость, огорчение, обида, страх, гнев, удивление, восхищение, испуг, злость, ненависть, отвращение, печаль и др.). Их задача - изобразить "памятник" тому чувству или эмоции, которая указана в их карточке. Остальные участники должны отгадать, что символизирует тот или иной "памятник". "Памятник" "разрушается" только по команде тренера (здесь нужно стараться, чтобы свою версию высказал каждый участник упражнения).

После проведения упражнения проводится общегрупповое обсуждение. Участникам предлагается описать, что значат эти эмоции и чувства и в каких жизненных ситуациях они могут возникать. Возможно обсуждение собственного эмоционального опыта участниками группы.

Упражнение № 3."Сказка". Время: 1 час.

Цель: выбор наиболее приемлемого способа разрядки и гнева и агрессивности, отреагирование негативных эмоций.

Процедура проведения: ведущий рассказывает участникам притчу о змее: "Жила-была невероятно свирепая, ядовитая Ир злобная Змея. Однажды она повстречала мудреца и, поразившись его доброте, укоротила свою злобность. Мудрец посоветовал прекратить обижать людей, и Змея решила жить простодушно, не нанося ущерба кому-либо. Но как только люди узнали про то, что Змея не опасна, они стали бросать в нее камни, таскать ее за хвост и издеваться. Это были тяжелые времена для Змеи. Мудрец увидел, что происходит, и, выслушав жалобы Змеи, сказал: "Дорогая, я просил, чтобы не перестала причинять людям боль и страдания, но я не говорил, чтобы ты никогда не шипела и не отпугивала их".

Мораль: нет ничего страшного в том, чтобы шипеть на нехорошего человека или врага, показывая, что вы можете постоять за себя и знаете, как противостоять злу. Только вы должны быть осторожны и не пускать яд в кровь врага. Можно научиться противостоять злу, не причиняя зло в ответ".

Ведущий рассказывает участникам тренинга о том, что в процессе дальнейшей работы они будут знакомиться с различными "безвредными" способами разрядки собственного гнева и агрессивности. И предлагает им следующее упражнение. "Сядьте поудобней, расслабьтесь, глубоко вдохните 3-4 раза и закройте глаза. Представьте, что вы попали на небольшую выставку. На ней выставлены фотографии людей, на которых вы разгневаны, которые вызывают у вас злость, которые вас обидели или поступили с вами несправедливо. Походите по этой выставке, постарайтесь рассмотреть эти портреты. Выберите любой из них и остановитесь около него. Постарайтесь вспомнить какую-нибудь конфликтную ситуацию, связанную с этим человеком. Постарайтесь мысленно увидеть самого себя в этой ситуации. Представьте, что выражаете свои чувства человеку, на которого разгневаны. Не сдерживайте свои чувства, не стесняйтесь в выражениях, говорите ему все, что хотите. Представьте, что вы делаете этому человеку все, к чему вас побуждают ваши чувства. Не сдерживайте свои действия, делайте все, что вам хочется сделать этому человеку.

А теперь представьте себя говорящим с этим человеком. Представьте этого человека: он делает то, что вас злит. И вот ход разговора с вами он начинает уменьшаться в росте, голос его становиться все слабее и слабее, все неувереннее. Уменьшайте его в росте до тех пор, пока он не покажется вам менее значительным. А теперь понаблюдайте за вашим разговором как бы со стороны. Каким вы видите себя? Какой вам видится ситуация?

Теперь снова вернитесь в начало конфликтной ситуации и попытайтесь представить, что все ее участники, в том числе и вы, разговаривают голосами героев мультфильма, и досмотрите сюжет до конца.

Если вы закончили упражнение, дайте знак головой. 3-4 раза глубоко вдохните и откройте глаза".

По окончании упражнения проводится обсуждение. Что легко было сделать в этом упражнении, а что трудно? Что понравилось, а что нет? кто из окружающих вошел в вашу картинную галерею? На ком из галереи вы остановились? Какую ситуацию вы представили? Расскажите о ней? Как менялось ваше состояние в процессе упражнения? Чем отличаются чувства в начале и в конце упражнения? Что вы чувствуете теперь?

Выходная рефлексия:Время:10 мин.

с каким настроением уходите с тренингового занятия?

было ли вам интересно и что понравилось лучше всего?

Ритуал прощания: Участники встают в круг. По команде психолога "начали", участники подходят друг к другу, похлопывая по плечу, говорят - "До следующей встречи!".

Занятие № 8. "Мой гнев"

Цель: знакомство с позитивными и негативными способами выражения гнева и применения их в жизни.

Ритуал приветствия: Участники сидят в кругу. Ведущий: встанем, и поздороваемся, причём это надо сделать с каждым по разному, никого не пропуская".

Входная рефлексия: Время:10 мин.- с каким настроением вы сегодня пришли на занятие?

Упражнения № 1. "Обзывалки" Время:5 мин. Цель: осуществлять эмоциональный разогрев.

Процедура проведения: скажите участникам следующее: "передавая мяч по кругу, давайте называть друг друга разными необидными словами" (заранее обговаривайте условие, какими "обзывалками" можно пользоваться, это может быть названия овощей, фруктов, грибов ил мебели).

Каждое обращение должно начитываться со слов: "А ты … морковка!" помните, что это игра - обижаться не надо. В заключительном круге обязательно следует сказать своему соседу что-нибудь приятное, например: "А ты, …, солнышко!". Следует проводить её в быстром темпе.

Упражнение № 2."Мультяшки гневаются". Время: 15 мин.

Цель:демонстрация смешных сторон агрессивного поведения - смехотерапия.

Оборудование: карточки с именами мультипликационных героев.

Процедура проведения:участникам раздаются карточки с именем мультипликационного героя (Винни-Пух, Пятачок, Иа, Чебурашка, три поросёнка и др.). Задача каждого - продемонстрировать своего героя в гневе, используя присущие этому герою походку, жесты, голос и т.д. Возможны инсценировки конфликтных ситуаций с использованием нескольких персонажей. Тем не менее, каждый участник должен побывать в роли агрессивного персонажа.

При обсуждении упражнения ведущий подводит участников к пониманию того, что в любой ситуации можно найти что-то смешное, комичное, даже в той, которая вызывает гнев. Юмор помогает справиться с напряжением и нарастающим раздражением.

Варианты способов выражения гнева (по Р.Кэмбеллу)

|  |  |
| --- | --- |
| Способы выражения гнева | |
| позитивные | негативные |
| вежливость | Выражение гнева в громкой и невежливой форме |
| Стремление найти решение | Использование ругательств и угроз |
| Выражение основной жалобы без уклонения в сторону | Использование словесных оскорблений |

Упражнения № 3. "Письмо протеста" Время:10 мин.

Цель:получить опыт отстаивания своих прав и интересов, научить выражать своё возмущение и негодование в спокойной форме. Оборудование: листы бумаги и ручка.

Процедура проведения: "умеете ли вы так выражать своё негодование, чтобы другие люди слышали вас и понимали, что именно с вами происходит? Что произойдёт, если вы напишите письмо протеста и детально расскажите о том, что вас возмущает? Попытайтесь так сформулировать свой протест, чтобы заинтересовать другую сторону, чтобы к вашим претензиям отнеслись серьёзно и решили ответить".

Можно зачитать вслух и обсудить некоторые работы.

Упражнения № 4. "Спустите пар" Время:10 мин. Цель: дать возможность выражения негативным эмоциям.

Процедура проведения: "каждый из вас может сказать остальным, что ему мешает или на что он сердиться. Пожалуйста, обращаясь при этом к конкретному человеку. Например: Алёна, мне обидно, когда ты говоришь, что все мужики козлы.

Пожалуйста, не оправдывайтесь, когда на вас будут жаловаться. Просто внимательно выслушайте всё, что вам хотят сказать. До каждого из вас дойдёт очередь "спустить пар". Если кому-то из вас будет совершенно не на кого жаловаться, то можно просто сказать: у меня пока не что не накипело и мне не нужно спускать пар".

Когда круг "спускания пара" завершиться, участники, на которых жаловались, могут высказаться по этому поводу.

"А теперь придумайте о том, что вам сказали. Иногда вы можете изменить в себе то, что мешает другим, иногда вы не можете или не хотите это менять. Услышали вы о чём-то таком, что можете и хотите изменить в себе? Если да, то вы можете сказать, например: я не могу больше называть всех мужиков козлами".

Упражнения № 5. "Маленькое приведение" Время:10 мин.

Цель: осуществить эмоциональную разгрузку.

Процедура проведения: "сейчас мы с вами будем играть в добрых привидений. Нам захотелось слегка напугать друг друга. По моему хлопку вы будете делать руками вот такое движение…" (психолог приподнимает согнутые в локтях руки, пальцы растопырены) и произносит страшным голосом "У". "Если я буду тихо хлопать, вы будете тихо произносить "У", если я буду громко хлопать, вы будете пугать громко. Но помните, что мы добрые привидения и хотели только слегка пошутить". Затем психолог хлопает в ладоши. Упражнение завершается словами: "Молодцы! Пошутили и достаточно".

Выходная рефлексия:Время:10 мин.

с каким настроением уходите с тренингового занятия?

было ли вам интересно и что понравилось лучше всего?

с чем новым вы познакомились на нашем сегодняшнем занятии?

Ритуал прощания: Участники встают в круг, кладут при этом свои руки на плечи соседа справа и слева. По счёту психолога "один, два" говорят все дружно "До свидания!".

Занятие № 9. "Калейдоскоп чувств"

Цель: отреагирование негативных эмоций и обучение приемам регулирования эмоционального состояния.

Ритуал приветствия: Психолог предлагает участникам по кругу проговорить справа сидящему человеку "здравствуй, мне приятно тебе сказать, что…".

Входная рефлексия: Время:10 мин. - с каким настроением вы сегодня пришли на занятие?

Упражнение № 1. "Калейдоскоп".Время: 5 мин.

Цель: эмоциональный разогрев, осознание внутренних и внешних проявлений эмоциональных переживаний.

Процедура проведения: ведущий просит каждого участника представить себя какой-нибудь одной частью тела - рукой или головой. Затем он называет эмоцию или чувство, а участники должны выразить их от имени той части тела, которую они выбрали. После выполнения упражнения участники делятся своими наблюдениями, - чем и какие эмоции было передавать легче?

Упражнение 2. "Мой гнев".Время: 40 мин (первый этап - 15 мин, второй - 25 мин).

Цель: вывести участников на осознаваемый уровень проявления своего гнева, показать его природу и особенности; способствует отреагирование негативных эмоций.

Процедура проведения: на первом этапе для настроя на работу с внутренними образами и ощущениями проводится небольшая тренировка.

*Инструкция:* "Закройте глаза, примите удобную для вас позу, расслабьтесь, почувствуйте, как ваше тело тяжелеет, и теплая волна расслабления растекается по вашим мышцам. Сейчас я буду предлагать вам кое-что представить, услышать, ощутить. Не старайтесь и не заставляйте себя сделать это, просто позвольте себе наблюдать за собой. Вообразите красивую розу…звон колокольчика…вкус клубники… пушистую кошку… звук дождя… запах апельсина… лезвия бритвы… гудок поезда… морскую волну. Представили? А сейчас на счет "три" вы откроете глаза и окажетесь в комнате. Раз, два, три".

Участники открывают глаза и обсуждают в парах полученный опыт.

На втором этапе происходит расслабление и погружение в переживание собственных негативных эмоций.

Ведущий: "Вспомните одну из последних ситуаций, которая вызвала у вас сильное чувство гнева. Вспомните обстановку и людей, окружающих вас. Как и где зарождался ваш гнев? Где он находился? Какого он цвета? Имеет ли форму, если да, то какую? Из какого материала состоит? Легкий он или тяжелый, мягкий или упругий, холодный или горячий? Есть ли у него запах, вкус? Какой звук у вашего гнева? Изменился ли он, пока вы его рассматривали? Какой он сейчас?".

Ведущий предлагает участникам поделиться своими переживаниями.

Упражнение № 3. "Я рисую свой гнев".Время: 40 мин.

Цель: выявление индивидуальных особенностей собственного гнева, отреагирование негативных эмоций.

Оборудование: листы бумаги, цветные карандаши или фломастеры.

Процедура проведения: психолог предлагает участникам тренинга нарисовать свой гнев таким, каким они его увидели и почувствовали (в ходе выполнения предыдущего упражнения). После выполнения задания происходит обмен переживаниями. Рисунки нельзя интерпретировать, можно только задавать вопросы типа: что ты чувствовал, когда рисовал это? Что ты хотел передать этим цветом, формой? Рисунки можно навесить на стенд, чтобы предоставить возможность убедиться в том, что каждый человек неповторим и уникален, как уникальны и разнообразны переживания одной и той же эмоции у разных людей.

Упражнение № 4. "Вырвись из круга". Время:10 мин.

Цель: эмоциональная разрядка, осознание возможности сопротивления групповому давлению.

Процедура проведения: участники вступают в круг и берутся за руки. Один, можно и несколько участников (3-4 в зависимости от состава группы) находятся внутри круга, его или их задача - вырваться из него. Но стоит предупредить участников, что при этом можно использовать не силу, как всегда этого хочется, а словесное их убеждение (возможно и другие формы, которые прейдут в голову участникам, находящимся внутри круга). После завершения упражнения проходит обсуждение по вопросам: Что чувствовали, когда находились в центре круга? Хотелось ли на самом деле вырваться из него? Что вы делали для этого? Легко ли было вырваться? Что почувствовали, когда вырвались из круга? Каким ещё способом можно было добиться этого?

Упражнение 5.Дыхательная гимнастика. Время: 15 мин.

Цель: продемонстрировать эффективность техники снятие напряжения, регуляция собственного эмоционального состояния.

Процедура проведения: участникам предлагается выполнить сведущие дыхательные упражнения (можно выполнять в любой позе: сидя, стоя, лежа):

На счет 1-2-3-4-5- делаем вдох;

На счет 1-2-3-4-5-6-7- глубокий выдох. Повторите 3-5 раз.

На счет 1-2-3-4-5-6-7- делаем вдох;

На счет 1-2-3-4-5-6-7-8-9- глубокий выдох. Повторите 3-5 раз.

На счет 1-2-3-4-5-6-7-8-9- делаем вдох;

На счет 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11- глубокий выдох. Повторите 3-5 раз.

Выходная рефлексия: Время: 10 мин.

с каким настроением уходите с тренингового занятия?

было ли вам интересно и что понравилось лучше всего?

с чем новым вы познакомились на нашем сегодняшнем занятии?

Ритуал прощания: Участники встают в круг. По команде психолога "начали", участники подходят друг к другу, обнимаются и говорят - "До свидания!".

Занятие № 10. "О конфликтах"

Цель:раскрыть сущность конфликтности во взаимоотношениях, а также установить причины возникновения и способы их разрешения.

Ритуал приветствия: Участники, взявшись за руки, говорят все вместе дружно - "Здравствуйте! Наконец то, мы вместе!".

Входная рефлексия: Время:10 мин.- с каким настроением вы сегодня пришли на занятие?

Упражнения № 1. "Какого я цвета" Время:5 мин.

Цель: осуществлять разогрев для предстоящей работы с конфликтами.

Процедура проведения: ведущий просит участников ассоциировать себя с каким-нибудь цветом. Причём выбор того или иного цвета, каждый из них должен аргументировать.

Упражнения № 2. "Ссоры" Время:20 мин.

Цель: изучить сущность природы возникновения ссор. Оборудование: мел и доска.

Процедура проведения: ведущий спрашивает участников - "подумайте над вопросом: почему люди ссорятся? Обязательно необходимо подкрепить свои рассуждения личными примерами из жизни".

Примерные варианты причин:

люди не понимают друг друга?

люди не владеют своими эмоциями?

не принимают чужого мнения?

не считаются с правилами других?

пытаются во всём доминировать?

не умеют слушать других?

хотят умышленно обидеть друг друга?

Все варианты, в том числе и предложенные участниками, записываются на доске.

Упражнения № 2. "Выход из конфликта" Время:20 мин.

Цель:поиск альтернативных способов предотвращения конфликтов.

Оборудование: мел и доска.

Процедура проведения:

Обсуждение возможных способов решения конфликтных ситуаций.

Затем обсуждение всевозможных способов решения конфликтных ситуаций:

выслушать спокойно все претензии партнёра;

на агрессивность партнёра не реагировать;

сдерживать свои эмоции и постараться переключать разговор на другую тему;

можно сказать что-то доброе, неожиданное и весёлое;

попытаться заставит партнёра говорить конкретно (называть только факты) и без отрицательных эмоций;

всегда держать уверенную правильную позицию, не переходить на критику;

извиниться, если вы действительно в чём-то не прав.

Упражнение № 3."Атом". Время: 5 мин.

Цель: эмоциональная разрядка;

Процедура проведения: участники рассеиваются по аудитории. Они представляют собой "атомы". Когда ведущий называет число в пределах количества участников тренинговой группы, "атомы" группируются в "молекулы", состоящего из заданного ведущим числа "атомов". Как только они сгруппирируются, ведущий называет следующее число. Таких подходов может быть 3-4. Игра заканчивается тем, что ведущий называет полное число присутствующих на занятии участников, чтобы группа могла ощутить контакт со всеми участниками занятия.

Упражнения № 4. "Конфликт" Время:15 мин.

Цель :анализ собственного поведения и поступков окружающих людей при предотвращении и нахождении путей разрешения конфликтов.

Процедура проведения: участники делятся на пары. Даётся задание: "придумать ситуацию, в которой присутствует конфликт. Ваша задача проработать моменты предотвращения или выхода из него". После того, когда они выполнили задание, участники садятся в круг, обсуждаются предлагаемые варианты.

Упражнения № 5. "Мемориал" Время:15 мин.

Цель: анализ собственного поведения, путём нахождения в нём поступков, которые придают участникам их индивидуальность.

Процедура проведения: игроки делятся на пары. Ведущий настраивает участников на игру следующим образом: "представьте, что вас уносит неожиданная смерть. Друзья и родственники готовят выставку, чтобы увековечить вас и вашу жизнь. Они выбирают те качества вашей личности, которые вы обладали и которые проясняют, каким вы были в жизни, чем занимались и что хотели бы сделать ещё. Что окажется на выставке?". В конце игры все члены группы собираются в круг, в котором партнёры (пара) представляют друг друга.

Выходная рефлексия:Время:10 мин.

с каким настроением уходите с тренингового занятия?

было ли вам интересно и что понравилось лучше всего?

с чем новым вы познакомились на нашем сегодняшнем занятии?

Ритуал прощания: Участники встают в круг. По команде психолога "начали", участники подходят друг к другу, обнимаются и говорят - "До свидания! Мы скоро вновь встретимся!".

Занятие № 11. "Работа с обидами"

Цель: раскрыть сущность природы обид и обучить тому, как справляться с ними.

Ритуал приветствия: Участники, взявшись за руки, говорят все вместе дружно - "Здравствуйте!".

Входная рефлексия: Время:10 мин. - с каким настроением вы сегодня пришли на занятие?

Упражнения № 1. "Антоним" Время:5 мин.

Цель:осуществлять эмоциональный разогрев. Оборудование: мяч.

Процедура проведения: "сейчас мы будем бросать друг другу мяч, называя при этом какое-нибудь состояние или чувство, а, поймав брошенный нам мяч, будем называть антоним к нему - противоположное состояние или чувство. Например: я бросаю мяч Тане и говорю - "грустный". Таня, поймав мяч, называет антоним - "весёлый", затем бросает мяч кому-то ещё и называют своё чувство или состояние. Постарайтесь быть внимательными и не бросать мяч кому-либо повторно, пока мяч не побывает у всех".

Упражнения № 2. "Детские обиды" Время:15 мин.

Цель:изучить и проанализировать источники возникновения обид.

Оборудование: листы бумаги, ручки, карандаши.

Процедура проведения: "вспомните случай из детства, когда вы почувствовали сильную обиду. Вспомните свои переживания и нарисуйте, либо, опишите их в любой (конкретной или абстрактной) манере. Как вы сейчас относитесь к этой обиде (нарисуйте или опишите)?

Желающие рассказать о том, что они вспомнили (показывают рисунки, зачитывают описания) "тогда" и "сейчас". Ваш личный опыт помогает вам справляться с обидами? И как?".

Обсуждение:

что такое обида?

как долго сохраняются обиды?

справедливые и несправедливые обиды и т.д.

Упражнения № 3. "Футболка с надписью" Время:15 мин.

Цель: формирование адекватной самооценки. Оборудование: листы бумаги и ручки.

Процедура проведения: "изобразите и закрепите "надпись на футболке" для себя и для другого человека, любого какого захотите".

Обсуждение:

какую "футболку" - для себя и для других - было делать труднее и интереснее? И почему?

другие люди и я, из-за чего возникают трения? Непреднамеренные и преднамеренные обиды.

Упражнения № 4. "Обиженный человек" Время:15 мин.

Цель: анализ собственного поведения и поступков окружающих людей.

Процедура проведения: "закончите предложение: я обижаюсь, когда…. Нарисуйте выражение лица обиженного человека. Подумайте и запишите или нарисуйте, как реагируют на обиду уверенные и неуверенные люди".

Упражнения № 5. "Копилка обид" Время:15 мин.

Цель:обучение позитивным способам преодоления обид.

Оборудование: листы бумаги, ручки, карандаши.

Процедура проведения: участникам предлагается нарисовать или описать "копилку" и поместить в неё все обиды, которые они пережили до сегодняшнего дня. После этого проводиться обсуждение на тему: что делать с этой копилкой.

Психолог рассказывает о бесплодности накопленных обид, о жалости к самому себе как одной из самых плохих привычек. Все решают, что можно сделать с копилкой. Психолог поддерживает предложения разорвать её и предлагает действительно сделать это.

Ещё раз подчёркивается, что умение выразить обиду, досаду важно для самого себя. Реванш, месть не решают проблему. Поддерживаются предложения типа: записывать обиду, а потом рвать записку, мысленно отправлять обиду в небо, или пускать по ветру, воде, следя, как по мере удаления она становится всё меньше и меньше.

Обсуждение:

что делать с "текущими" обидами?

как в дальнейшем относиться к обидчику?

как прощать обиды.

Упражнения № 6. "Куда уходит злость" Время:15 мин.

Цель:осуществить позитивный выход негативной энергии.

Процедура проведения: "возможно, не всё всем нравиться в обстановке, в людях, в самом себе…. Подумайте о том, что вас тревожит больше всего в данный момент. Может быть, это недовольство, грусть, неприятный свет в комнате и т.п., выскажитесь.

Представьте себе, что мы пришли сюда поругаться и выразить друг другу свои претензии.

Пожалуйста, кто готов начать? Постарайтесь по возможности выразить всё, что накипело. Делайте критические замечания. Но помните, что это игра, так, что все принимают условность происходящего, и судить строго не будем. Реагировать ответными репликами на замечания не разрешается.

Таким образом, высказывания будут односторонними и не перерастут в споры и настоящую ругань.

А сейчас вообразим себе такую картину. Всё, что мы высказали здесь, вдруг превращаются в лёгкие клубы пара, медленно поднимаются к верху и исчезает в форточке или открытой двери. Прикройте глаза, чтобы картина стала отчётливей".

Выходная рефлексия:Время:10 мин.

с каким настроением уходите с тренингового занятия?

было ли вам интересно и что понравилось лучше всего?

с чем новым вы познакомились на нашем сегодняшнем занятии?

Ритуал прощания: Участники встают в круг, взявшись за талию соседа, справа и слева по счёту психолога "один, два, три" говорят все дружно "До свидания!".

Занятие № 12. "Мои сильные стороны".

Цель: Совместный поиск и обучение альтернативным способам поведения и эмоционального реагирования в ситуациях, провоцирующих агрессию.

Ритуал приветствия: Психолог просит участников встать в круг. Затем положить руки друг другу на плечи и приветливо посмотреть друг на друга.

Входная рефлексия: Время:10 мин.

с каким настроением вы сегодня пришли на занятие?

Упражнение№ 1. "Пойми меня". Время: 10 мин.

Цель: эмоциональный разогрев, развитие способности к взаимопониманию, формирование групповой сплоченности.

Процедура проведения: участники сидят в кругу. Ведущий называет любое число (максимальное число равно количеству участников группы). Не сговариваясь, должно встать то количество человек, какое было названо ведущим. После выполнения упражнения проводится обсуждение: что мешало или помогало участникам выполнить задание ведущего.

Упражнение № 2. "Репетиция поведения". Время:1 час.

Цель: обучение альтернативным способам поведения и эмоционального реагирования в ситуациях провоцирующих агрессию.

Процедура проведения:участникам тренинга предлагается разбиться на пары и инсценировать предложенные им ситуации в двух вариантах: используя привычные, нежелательные формы поведения и альтернативные им способы. Ситуации предлагаются ведущим, возможно включение ситуаций, обсуждаемых на предыдущих занятиях.

После проведения упражнения проводится обсуждение: какие были использованы альтернативные поведенческие стратегии, способы эмоциональной саморегуляции (отстранение от ситуации, юмор, расслабление и др.); в чем преимущество альтернативных способов поведения в ситуациях, провоцирующих агрессию. Необходимо подвести участников к осознанию расширения собственных возможностей в социальной жизни в связи с отказом от агрессивных форм поведения.

Упражнение № 3. "Сад моей души". Время проведения: 30 мин.

Цель:осознание собственной ценности и значимости вне зависимости от внешних ситуаций, обучение технике эмоционального напряжения и восстановления гармоничного состояния.

Процедура проведения:ведущий: "Примите удобную для вас позу, закройте глаза, расслабьтесь, почувствуйте, как ваше тело тяжелеет, и теплая волна расслабления растекается по вашим мышцам. Сейчас я буду предлагать вам кое-что представить, услышать, ощутить. Не старайтесь и не заставляйте себя сделать это, просто позвольте себе понаблюдать за собой, своими ощущениями и переживаниями.

Перед вами из темноты появляются красивые резные ворота. Вы протягиваете руку и открываете их. За ними виден прекрасный сад. Вы идете по дорожке и любуетесь яркими цветами, шелковистой изумрудной травой, слышите шелест листьев и пение птиц. Ветер доносит до вас аромат цветов и свежесть утреннего воздуха. Вас наполняет ощущение легкости и свободы. Вы гуляете по дорожкам и вот впереди замечаете необычное сияние. Чем ближе вы подходите, тем яснее проявляются контуры прекрасного цветка. Вас тянет к нему, вы чувствуете что-то близкое и родное. Подойдите и всмотритесь в него. Он неповторим и единственен, он прекрасен. Поговорите с ним, скажите ему то, что вы испытываете. Попытайтесь взглянуть на мир так, как его видит этот цветок, узнайте, что он чувствует, что думает, как ему в этом мире.

Раз, два, три. Сейчас вы опять - это вы. Что вы сейчас испытываете к миру, к этому цветку? Скажите об этом. А теперь попрощайтесь с цветком и возвращайтесь к воротам. Оглянитесь. Этот сад - сад вашей души, и вы в любой ситуации можете получить поддержку, вспомнив это место, вернувшись сюда".

После упражнения дети делятся впечатлениями, обсуждают, что каждый человек неповторим, а потому интересен, и ему не надо это доказывать. Ведь в каждом есть многое, что достойно уважения и признания, просто не каждый сумел в себе это найти.

Упражнение № 4. "Мои сильные стороны". Время:20 мин.

Цель: активизировать умение мыслить о себе в положительном ключе, стимулировать уверенность в собственных возможностях к поведенческим изменениям, закрепить способность к позитивной оценке других людей: групповая поддержка.

Процедура проведения:психолог просит назвать каждого участника 3-5 сильных сторон своей личности, которые помогают ему справляться с трудными ситуациями. Студенты по кругу называют свои сильные стороны, а остальные участники поддерживают его, добавляя: "А ещё ты можешь (умеешь…)".

Выходная рефлексия:Время:10 мин.

с каким настроением уходите с тренингового занятия?

с чем новым вы познакомились на нашем сегодняшнем занятии?

Ритуал прощания: Участники встают в круг. По команде психолога "начали", участники подходят друг к другу, похлопывая двумя руками по плечам говорят - "До свидания!".

Занятие № 13. "Моё спокойствие"

Цель: осознать необходимость индивидуального подхода к собственному поведению; представить схемы первых шагов на этом пути.

Ритуал приветствия: Участники сидят в кругу. Каждый начинает с приветствия и говорит: "какая сегодня хорошая погода, я рад всех вас сегодня здесь видеть". И так по кругу, пока все не скажут.

Входная рефлексия: Время:10 мин. - с каким настроением вы сегодня пришли на занятие?

Упражнение № 1. "Я отличаюсь от других". Время:10 мин.

Цель:эмоциональный разогрев, настрой на работу с индивидуальными реакциями на травмирующие ситуации.

Процедура проведения:один из участников кидает мячик и говорит фразу "Я отличаюсь от других…". Тот, кто его поймал должен закончить эту фразу. А потом кинуть мяч следующему участнику и произнести: "Я отличаюсь от других…" и т.д. Желательно участие всех членов группы.

Упражнение № 2. "Сценарий". Время:1 час.

Цель:Закрепление альтернативных способов поведения и эмоционального реагирования в наиболее типичных для участников тренинга ситуациях, провоцирующих агрессию.

Процедура проведения:участникам предлагается назвать наиболее типичные, актуальные для них ситуации, провоцирующие агрессию. Участники со сходными ситуациями объединяются в подгруппы и составляют сценарий альтернативного поведения. После подготовки группы представляют свой сценарий, проигрывание которого позволяет расширить репертуар собственного поведенческого опыта, познакомиться с различными моделями поведения, дает возможность модифицировать собственное поведение.

После выполнения упражнения участники обсуждают, что получилось, а что не удалось и почему. Ведущий подводит их к вопросу: достаточно ли только применение техники регуляции эмоционального состояния, чтобы научиться владеть собой в ситуациях, провоцирующих агрессию? Происходит осознание того, что за любым поведением стоят определенные жизненные позиции: доброжелательный взгляд на мир (себя, окружающих, ситуации); принятие и уважение индивидуальности другого, признание его права на собственные взгляды, установки, жизненную позицию; принятие ответственности за свои решения и поступки.

Упражнение № 3. "Сила пословицы". Время:30 мин.

Цель: прояснение внутренней позиции, стимуляция поведенческих изменений.

Процедура проведения:члены группы стоят. Стулья расставляются вдоль противоположных стен. Психолог знакомит участников с инструкцией.

Вы знаете, что многовековой опыт людей сосредоточен в различных пословицах и поговорках. Сейчас вам будут зачитаны некоторые из них. Те, кто согласен с их содержанием, садятся на стулья у правой стены, кто не согласен - у левой. В центре не должно остаться ни одного человека. Каждый должен принять однозначное решение: "согласен - не согласен". Далее зачитывается одна из нижеследующих пословиц:

"Кто сильнее - тот и правее";

"С кем поведешься, от того и наберешься";

"Ушел - прав, попался, так виноват";

"Бей дурака, не жалей кулака";

"Хорошо, когда враг бит, ещё лучше, - когда убит";

"Человек человеку - брат" и др.

После того, как зачитывается пословица, и участники разделяются на группы, начинается обсуждение. Ведущий просит объяснить, как они понимают эту пословицу, и прояснить свою позицию. Членам групп предоставляется возможность вступить в дискуссию, выдвигая свои аргументы и отстаивая свои позиции. Ведущий занимает нейтральное положение. В ходе обсуждения возможно изменение точек зрения кого-то из участников. Поэтому в конце дискуссии необходимо предоставить возможность тем, кто пожелает перейти в противоположную группу. В случае, если вся группа заняла одну позицию, все равно нужно попросить участников обосновать свое решение. И лишь затем переходить к следующей пословице.

Упражнение № 4. "Давай обнимемся". Время:15 мин.

Цель:групповая поддержка.

Процедура проведения:все делятся на пары, образуя внешний и внутренний круг. По команде ведущего игроки "выкидывают пальцы": 1 палец - смотрим в глаза друг другу, 2 пальца - пожимаем руку, 3 пальца - обнимаемся. Если количество пальцев у участников в паре совпало, - выполняется то, что соответствует меньшему количеству. Затем внешний круг передвигается и все повторяется. Когда каждый вернется к своему партнеру, упражнение заканчивается. Группа может разойтись, и участники могут объясняться с тем, кем ещё не обнялись.

Выходная рефлексия:Время:10 мин.

с каким настроением уходите с тренингового занятия?

было ли вам интересно и что понравилось лучше всего?

Ритуал прощания: Участники встают в круг, кладут при этом свои руки на плечи соседа справа и слева. По счёту психолога "один, два, три" наклоняясь вперёд, говорят все дружно "До свидания!".

Занятие № 14. "Завершение"

Цель: закрепление представлений участников о своей уникальности, обогащение сознания позитивными, эмоционально-окрашенными образами личности.

Ритуал приветствия: психолог говорит участникам, что традиционные взаимные приветствия на этом занятии проведём с обязательным использованием в начале фразы: "Здравствуйте, мне приятно тебе сказать…".Вы вправе закончить беседу по своему усмотрению, но начало диалога должно быть именно таким, найдите несколько самых тёплых слов для каждого человека. Подойдите обязательно к каждому человеку и непременно с улыбкой. Ваш диалог не должен затягиваться, ведь нужно отдать часть своего тепла другим. Не жалейте своей души, своего тепла, отдавая, вы только приобретаете!

Входная рефлексия: Время:10 мин.- с каким настроением вы сегодня пришли на занятие?

Упражнение № 1. "Благодарен тому, что…". Время:15 мин.

Цель:сосредоточение внимания участников на позитивных аспектах и реалистичных установках в повседневной жизни. Оборудование: листы бумаги и ручки.

Процедура проведения:"наша совместная работа подошла к концу, и вы вскоре вернётесь к своей повседневной жизни. Одни из вас, вероятно, заранее радуются этому, другие - хотели бы ещё на какое-то время остаться в группе. Чтобы облегчить этап перехода для каждого из вас и помочь вам подготовиться к решению повседневных задач, я предлагаю следующее упражнение.

Запишите, пожалуйста, 15 пунктов на листе бумаге, начиная каждое новое предложение со слов:

"Я благодарен тому, что…","Понятно ли, что я имею в виду?"

В заключение попросите участников зачитать записи и организуйте небольшой обмен впечатлениями.

Вопросы для обсуждения:

как часто я, помимо упражнения, осознаю, чему в жизни я благодарен?

с кем я это обсуждаю?

что я чувствую сейчас?

А теперь я предлагаю выбрать какого-нибудь значимого для вас (в настоящем или в прошлом) человека и напишите ему письмо. В письме расскажите ему, какие мысли и чувства пробудила в вас группа, и как вы собираетесь использовать новый опыт в дальнейшем.

Чтобы иметь возможность по настоящему сосредоточится на выполнении задания, найдите место, где вам никто не будет мешать. У вас есть 30 мин.

Теперь мне бы хотелось, чтобы каждый по кругу рассказал о том, что его в данный момент волнует…

А сейчас я попрошу тех, кто чувствует себя готовым к этому, прочитать нам свои письма…

Чем серьёзнее отнесутся участники к поставленной задаче, тем более сильнее чувства они будут испытывать.

Вопросы для обсуждения:

кому я писал письмо?

что было для меня наиболее значимым?

как отнёсся бы к письму адресат, если бы он действительно мог прочесть его?

отправлю ли я это письмо?"

Упражнение № 2."Я реальный, я идеальный, я глазами других". Время: 15 мин.

Цель:закрепление представлений участников об уникальности своей личности.

Процедура проведения:психолог просит участников нарисовать себя такими, какие они есть, такими, какими хотели бы быть, и такими, какими их видят другие люди. В ходе обсуждения участники пытаются ответить на вопрос, чем вызваны расхождения в представлениях о том, каким бы хотел быть и какими тебя видят другие, с тем, какой ты есть на самом деле.

Упражнение № 3."Машина времени". Время: 15 мин.

Цель:выработка новых способов решения жизненных проблем.

Процедура проведения:ведущий предлагаем участникам поговорить об их жизни и пофантазировать о том, что можно было бы сделать иначе. Просит участников представить, что они перенеслись в какое-то время своей жизни, которое им хотелось бы изменить. Группе предлагается зарисовать это событие так, как оно могло бы произойти. Участники включаются в действие, которое им следовало бы сделать, чтобы добиться другого развития событий.

Обсуждение: сначала каждый рассказывает о реальном событии из его прошлого. Затем, они рассказывают, каким образом, они изменили это прошлое.

Эмпатия вызывается путём стимулирования понимания участниками мотивов, по которым каждый участник предпочёл бы какое-то событие или опыт. Участники побуждаются к тому, чтобы посоветовать друг другу пути изменения прошлого.

Упражнение № 4."Счастье". Время: 15 мин.

Цель:выработка альтернативных способов выхода из проблемной ситуации.

Процедура проведения: участникам сначала предлагается ответить на ряд вопросов, поставленных психологом.

"Знаете ли вы какую-нибудь историю про счастливое животное?

Знаете ли вы какого-нибудь человека, который практически всегда счастлив?

Когда вы сами счастливы, что вы испытываете?"

Затем просит: "Я хочу чтобы, вы нарисовали картину, которая покажет, что бывает, когда вы счастливы. Используйте краски и линии, формы и образы, которые выразят ваше понимание счастья.

А теперь давайте обсудим, что делает вас счастливыми. Диктуйте, я буду записывать".

Запишите слова на доске и дайте участникам продолжить эту запись.

Анализ упражнения: Почему мы не можем всё время чувствовать себя счастливыми? Что ты делаешь, чтобы после какой-нибудь неприятности снова стать радостным? Что делает вас чаще всего счастливыми?

Упражнение № 5."Подарок". Время: 15 мин.

Цель:закрепление позитивного настроя проделанной работы.

Процедура проведения: каждый участник придумывает подарок, который хотелось бы подарить человеку, сидящему рядом. Главное условие заключается в том, что подарок должен как можно лучше подходить данному человеку, доставлял ему радость. Рассказывая о предполагаемом подарке, каждый объясняет, почему, именно этот подарок был выбран. Участнику, которому подарили подарок, высказывает своё мнение: действительно ли он этому рад.

Выходная рефлексия:Время:10 мин.

с каким настроением уходите с тренингового занятия?

было ли вам интересно и что понравилось лучше всего?

чему научились в процессе тренинговой работы?

что нового узнали для себя?

есть ли к участникам тренинговой группы и ведущему какие-нибудь предложения и пожелания?

Ритуал прощания: Участники встают в круг, берутся за руки и говорят все вместе - "Жаль расставаться. Мне приятно было работать с вами. Всего хорошего. До свидания!".