

Серия: Инновационные психолого-педагогические технологии

Долгова В., Меньшенина А.В.

**Психолого-педагогическая помощь
пациентам кардиологического профиля**

Москва

2022

УДК 159.9
ББК 88
К93

Исследование проведено в рамках научного проекта комплексного плана научно-исследовательской, проектной и организационной деятельности Научно-исследовательского центра Российской академии образования в Южно-Уральском государственном гуманитарно-педагогическом университете на 2021-2023 годы «Психология и технология управления инновационными образовательными процессами в меняющемся мире», издано при финансовой поддержке ФГБОУ ВО «МГПУ им. М.Е. Евсевьева»

Д 64 Долгова В., Меньшенина А.В. Психолого-педагогическая помощь пациентам кардиологического профиля / монография. – М.: ПЕРО, 2021. – 160 с.

ISBN 978-5-00171-889-5

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор О.Ф. Калев, г. Челябинск.
доктор педагогических наук, профессор А.С. Бароненко, директор школы №1 г Копейска

В работе раскрыта проблема конфликтного поведения, показаны особенности эмоционального состояния как фактора предрасположенности к конфликтному поведению у пациентов кардиологического профиля. Названы этапы, методы, методики, модель исследования, дана характеристика выборки и программа психолого-педагогической помощи, проведен анализ результатов реализации программы, разработана технологическая карта внедрения результатов и соответствующих рекомендаций в практику.

Адресуется всем субъектам психолого-педагогического образования.

ISBN 978-5-00171-889-5

© Долгова В.И., Меньшенина А.В., 2022

© Издательство Перо, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
I. Теоретические предпосылки монографического исследования.....	
1.1 Проблема конфликтного поведения в психолого-педагогических исследованиях	11
1.2 Особенности психоэмоционального состояния как фактора предрасположенности к конфликтному поведению у пациентов кардиологического профиля	25
1.3 Модель психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля	33
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КОНФЛИКТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	
2.1 Этапы, методы и методики исследования.....	43
2.2 Характеристика выборки и анализ результатов исследования.....	47
ГЛАВА 3. ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И УРОВНЯ КОНФЛИКТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	

3.1	Программа психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля	71
3.2	Анализ результатов опытно-экспериментального исследования.....	93
3.3	Технологическая карта внедрения результатов исследования психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля	98
	ЗАКЛЮЧЕНИЕ	110
	СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	114
	ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)	126
	ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Тест депрессии Бэка.....	128
	ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Тест для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения.....	131
	ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Тест по выявлению уровня внутриличностной конфликтности	133
	ПРИЛОЖЕНИЕ 5. Опросник для диагностики межличностных отношений, методика ДМО	137
	ПРИЛОЖЕНИЕ 6. Тематическое планирование программы психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля	142
	ПРИЛОЖЕНИЕ 7. Технологическая карта внедрения результатов исследования психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля	147

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность.

Психическое здоровье населения и основные подходы в понимании причин, механизмов возникновения и развития психологических расстройств вызывает все больший интерес в мире [46, с. 51]. По результатам масштабных эпидемиологических исследований, психо-эмоциональные расстройства в течение жизни переносит значительная часть населения, причем в большинстве случаев они остаются недиагностированными и нелеченными [13, с. 1].

Тревожно-депрессивные расстройства, занимают лидирующее место среди всех психических расстройств, становятся одной из основных причин ограничений социально-активной жизни человека [37, с. 58]. Отмечено, что появление тревоги и депрессии в значительной степени ухудшает качество жизни [44, с. 75]. Эмоциональные состояния отражаются на функционировании организма человека, включая работу психических процессов и физиологической деятельности. В свою очередь, изменение психической и физиологической деятельности организма ведет к изменению психоэмоционального состояния человека в целом [8].

Анализ современных исследований показал, что депрессиями различного характера и тревожными расстройствами подвержены около 6% мужчин и 8% женщин, имеющие в анамнезе острые и хронические заболевания [26, с. 58]. Ведущие факторы в ряду психических расстройств чаще наблюдаются у пациентов с

заболеваниями сердечно-сосудистой системы, находящихся на стационарном лечении, среди них – психоэмоциональный стресс, страх, потеря эмоционального равновесия, возникновение внутриличностных и межличностных противоречий [31, с. 121].

Сердечно-сосудистые заболевания относятся к заболеваниям, определяющим высокие показатели заболеваемости, инвалидизации и смертности наиболее трудоспособной части населения в Российской Федерации и многих странах мира. Изучение проблемы расстройства тревожно-депрессивного спектра при различных сердечно-сосудистых заболеваниях характеризуется их широкой распространенностью, значимостью в социальной сфере и влиянием на трудоспособность [40, с. 73].

Психоэмоциональные нарушения у пациентов кардиологического профиля не только существенно снижают повседневную активность, но и являются одним из ведущих факторов прогрессирования основного заболевания и прогноза. Пациенты с тревожными и депрессивными состояниями имеют сниженную приверженности к лечению и выполнению врачебных рекомендаций [47, с. 30].

По данным литературы, наиболее частыми психоэмоциональными нарушениями, наблюдаемыми у пациентов кардиологического стационара, являются тревожно-депрессивные расстройства, нестабильная эмоциональная реакция на происходящее, развитие внутриличностного конфликта, что является следствием невозможности справиться с возрастающим эмоциональным напряжением при конфликтном взаимодействии с

окружающими [62, с. 171]. Большинство депрессий и тревожных расстройств у пациентов остаются недостаточно хорошо выявленными как в амбулаторном звене, так и на уровне стационара [8].

Анализ современных исследований показал положительный результат применения долгосрочной психотерапии тревожных расстройств у пациентов кардиологического профиля, включающую в себя снижение уровня тревоги и депрессии, гармонизацию внутренней картины болезни, коррекцию пессимистического стиля с формированием возможности построения отношений, основанных на доверии и взаимопонимании [30, с. 280].

Таким образом, изучение психологических особенностей пациентов кардиологического профиля как фактора развития конфликтного поведения является важным и актуальным направлением исследований.

Цель исследования – теоретически обосновать и экспериментально проверить психолого-педагогическую коррекцию конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля.

Объект исследования – конфликтное поведение пациентов кардиологического профиля.

Предмет исследования – Психолого-педагогическая коррекция конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля.

Гипотезы исследования:

1. Конфликтное поведение пациентов кардиологического профиля коррелирует с их психоэмоциональным состоянием.

2. Конфликтное поведение пациентов кардиологического профиля возможно изменится, если разработать и реализовать программу психолого-педагогической коррекции.

Задачи исследования:

1. Изучить теоретические аспекты исследования конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля.

2. Проанализировать особенности конфликтного поведения как следствия психоэмоциональных состояний.

3. Разработать модель психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля.

4. Определить этапы, методы и методики исследования.

5. Охарактеризовать выборку и проанализировать результаты исследования конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля.

6. Разработать программу психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля.

7. Проанализировать результаты опытно экспериментального исследования конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля.

8. Разработать технологическую карту внедрения психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля.

Методы исследования:

1. Теоретический: анализ и обобщение психолого-педагогической литературы по изучению проблемы выявления

психоэмоционального состояния и степени ее выраженности, а также уровня интенсивности внутриличностного и межличностного конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля; целеполагание с применением метода «дерево целей»; моделирование психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля.

2. Эмпирические: эксперимент, психодиагностические инструменты определения выраженности психоэмоционального состояния, внутриличностных и межличностных конфликтов.

3. Математико-статистический: анализ полученных данных проводился с помощью компьютерных программ Statistica 6.0 и SPSS 16. Были использованы методы описательной статистики, сравнительный анализ, корреляционный анализ Пирсона. Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p \leq 0,05$, корреляционная связь считалась статистически значимой при $p \leq 0,05$.

Практическая значимость исследования. Проведенное исследование, полученные результаты и выводы могут найти практическое применение в различных областях психологической практики: психологическом просвещении, консультировании, а также для составления программ психокоррекционной работы по стабилизации психоэмоционального состояния и профилактике конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля в рамках персонализированного подхода.

Экспериментальная база исследования – в исследовании приняли участие пациенты кардиологического профиля,

находящиеся на стационарном лечении в отделении кардиология №1
ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница.

Апробация:

Материалы работы опубликованы в 2 научных публикациях.
Результаты работы представлены на Межвузовском международном
конгрессе «Высшая школа: научные исследования», Москва, 2020.

Структура работы: работа состоит из 3 глав, 8 параграфов,
заключения, списка использованных литературных источников и
приложений.

I. Теоретические предпосылки монографического исследования

1.1 Проблема конфликтного поведения в психолого-педагогических исследованиях

Заинтересованный интерес современных зарубежных и отечественных исследователей изучения проблемы возникновения, течения и коррекции конфликтного поведения определяется их значимостью, становлением личности, её полноценного психического развития и адаптации к внешним условиям [2, с. 15].

Причём актуальным на сегодняшний день является поиск ответов и решений по контролю и урегулированию не только внутриличностных, но и межличностных взаимодействий [33, с. 8].

Несмотря на то, что конфликтология в современное время приобрела статус самостоятельной научной отрасли, она основана на теоретических моделях, методах и приемах из нескольких областей научных знаний, изучающих психологические конфликты [35, с. 3].

Понимание причин конфликта, его особенностей при социальном взаимодействии, а также его роль в жизни человека ориентирована на рассмотрение его с различных научных позиций. Термин конфликт употребляется для определения очень широкого спектра различных явлений от внутриличностного переживания до общественного уровня и часто используются во многих социальных контекстах [42]. В психологии, политологии, социологии и истории под конфликтом понимается процесс противоречивых отношений и действий людей, происходящих как на персональном уровне, так и

при групповом взаимодействии, который может сопровождаться появлением отрицательных психоэмоциональных состояний, а также имеющие вторичные социально психологические аспекты [51, с. 230].

Масштаб исследуемой проблемы показывает, что различные дисциплины определяют понятие конфликт непосредственно своим содержанием, характеризующим ту или иную отрасли знания [3, с. 119].

Конфликт рассматривается как процесс или конкретные ситуации, в которых одна из конфликтующих сторон находится в состоянии противодействия или выраженной борьбы с другой стороной, потому что её суждения и цели воспринимаются как противостояния собственным интересам [38, с. 151].

Отечественные исследователи конфликтологии А.Я. Анцупов и А.И. Шипилов для решения проблемы слишком объемного или многозначного определения психологического конфликта установили более чёткую формулировку, которая позволяет выделить два основных определения:

1. Социальный конфликт - наиболее выразительно-эмоциональный способ возникновения, развития и определённого окончания важных противоречий и противостояний, которые возникают в процессе социальной взаимосвязи, основывающийся во взаимной оппозиции субъектов данного конфликта и сопровождающиеся отрицательными и негативными психоэмоциональными состояниями по отношению друг к другу.

2. Внутриличностный конфликт – выраженные негативное эмоциональное состояние, вызванное затянувшимся сопротивлением внутреннего мира личности, которая отражает не согласованные и противоречивый связи с окружающей социальной средой, а также непосредственно влияющие на принятие решения [6, с. 31].

Вместе с этим межличностный конфликт рассматривается как индивидуальный случай социального конфликта, возникающий при контакте двух или нескольких лиц. Одновременное изучение внутриличностных и межличностных взаимодействий исследователями разных научных областей привело к тому, что в настоящее время в литературе очень полно рассмотрены различные взгляды на возникновение и факторы развития внутриличностных и межличностных конфликтов, их структуру и динамику [15, с. 69].

В России первые исследования, посвященные конфликтологии появились в 1920-х годах. В них сущность конфликта определяется как независимое определение, работах впервые появляется само название «конфликт».

Авторами первой работы данной области были Г.О. Гриффин и М.И. Могилевский. Эта работа в большей мере имела социологический характер и была посвящена конфликтам трудовой сфере [5, с. 153].

Отечественные психологи А.Я. Анцупов и А.И. Шипилов в период становления конфликтологии в России объединили сформированные на тот момент знания по методологическим аспектам конфликтов на основе междисциплинарного понимания и

предложили свою общенаучную схему их подробного описания: изучение, диагностирование, типология, смысл и сущность, значение, структура, развитие и его непосредственная динамика, представление в системно-информационном аспекте, предупреждение и окончание. Эти же авторы отмечают, что, несмотря на многочисленные исследования по проблеме конфликтов, как межличностного так и внутриличностного характера, пока не определено общепризнанного понимание его основы.

А.Я. Анцупов и А.И. Шипилов в развитии конфликтологии выделили несколько этапов её становления в отечественной истории:

Первый период: до 1924 г. – конфликт появляется и изучается в области философии, права, психологии, но не определяется как самостоятельное понятие. В этот период идеи конфликтологии зарождаются и развиваются на основе опыта и знания людьми, основ поведения в конфликтах, которые отражаются в философии, религии, литературе.

Второй период: 1924-1990 гг. – этап зарождения отрасли конфликтологии. Происходит изучение конфликта как самостоятельного явления.

Третий период: 1990-й г. по настоящее время - конфликтология начинает выделяться в самостоятельную науку, проводятся междисциплинарные исследования, организуются центры по анализу исследования и урегулированию конфликтов [6, с. 12].

Попытка совместить существующие представления о конфликте принадлежит В.А. Светлову (2005) в «единой теории конфликта». Основа этой модели – формирование самого понятия конфликта как общего, основного развивающего механизма, который с периодичностью перемещает последовательное развития все системы от синергического направления до антагонистического и через какое-то время обратно [50, с. 21].

Автором также сформулировано и введено понимание конфликта – это такая особенная разновидность определённого структурного дисбаланса, который определяет имеющуюся неспособность удерживание и дальнейшей работы системы в её прежнем качестве в старых, неизменных границах своего существования [52, с. 39].

Предложенная В.А. Светловым «единая теория конфликта» делает акцент на общей основе внутриличностных и межличностных конфликтах, не разделяя их и основывается на положениях социально психологических теориях, таких как теория когнитивного баланса предложенная Ф.Хайдер (1958), анализа конфликта драмы Н.Ховард (1971), структурного дисбаланса Ф.Гарари (1973), когнитивного диссонанса Л.Фестингер (1999) , а также других теории вероятности [52, с. 61].

Важное значение при исследовании внутриличностных конфликтов и межличностных взаимодействий имеет изучение анализ потребностно-мотивационной сферы. В психоаналитическом понимании мотивация определяется как стремление биологической

природы против общепринятых правил и основ, образованию которых способствует окружающая культура и общество [38, с. 219].

Мотивация основана на биологических потребностях, но к ним не сводится. По результатам исследований отечественных учёных (А.Н.Леонтьев и Л.И.Божович) возмещение биологических нужд является благоприятной основой для формирования высших нужд и мотивов, развитие которых не активируется более низшими, биологическими [34, с. 51].

Мотив – это многозначное понятие – динамический процесс физиологического и психологического плана, управляющий поведением человека, которое определяет его направления, организованность, активность, устойчивость. Это сложное интегральное образование, которое создается в несколько этапов [36, с. 318]. На первом этапе понимается и осознается нужда, признается и оценивается в качестве значимой, становится личностной нуждой, далее происходит желание к поиску конкретной цели, рассматриваются условия, возможности и результаты, происходит обсуждение целей и методов её достижения, на последующем этапе происходит намерения для её достижения [23, с. 12].

Рассмотрение природы внутриличностного конфликта и межличностных взаимоотношений не представляется возможным мы без анализа защитно-адаптивных механизмов личности, а точнее механизмов психологической защиты и совладающего поведения. Р. Плутчик в своей психозволюционной теории эмоций и Г. Келлерман в своей структурной теории личности определили, что механизмы

психологической защиты создаются в ответ на эмоции и потребности, нарушая границы дозволенного для личности, выполняющий регулятивную функцию. Благодаря механизмам психологической защиты происходит в любое отрицание, вытеснение или изменения недопустимо информации, желание, импульсов. Копинг-стратегии определяются как активное и сознательное совладание со стрессовыми ситуациями. Не устоявшиеся и не адаптивные виды защитных адаптивных механизмов развивают и повышают внутриличностные конфликты [69, с. 173].

Исследователь марксистского направления понимания конфликтных ситуаций Р. Дарендорф, который разработал систему «Конфликтная модель обществ» (2002) считал, что разрушение одно из главных характерных черт современного мира, которые формируют его динамичность и изменчивость, что приводит к невозможности ликвидации острых и глубоких причин социальных противоречий, и при взаимоотношениях между людьми социальных групп происходит только изменения развития самого конфликта.

В общей теории конфликта К. Боулдинг (1986) конфликт определяется как глобально универсальная группа, неотъемлемая часть социальной сферы. Согласно данным автора, все существующие конфликты имеют схожие основы, значение, свойства в течение, характер, возникновение, ход и завершение.

Изучение конфликтов получила наибольшее развитие в психологии. В психодинамическом подходе конфликтная ситуация понимается как первоначально индивидуальная и постоянная форма

столкновения бессознательных противоречивых стремлений, понятий, взглядов, как выражение природы самого человека. Возникновение конфликта непосредственно следует развитию личности.

Психологические конфликты в межличностных взаимодействиях, начало которых в психоанализе находится в бессознательном определяются через внутриличностные особенности человека. Основные предположения такого понимания были в работах З. Фрейд (1910). Он дал определение строения психики, которая включает в себя сопротивления, непримиримые инстинкты, разум, мысли и чувства. По его мнению, личность всегда переживают конфликтные состояния с собой, окружающим обществом и миром [56, с. 19].

Адлер А., последователь З. Фрейда предполагает, что структура конфликта личности основывается на противоречии между отношениями к собственной неполноценности, которая создается в детстве во взаимодействии со взрослыми и стремится к главенству и утверждению своей личности.

Хорни К. (1997), объединив предположения З. Фрейда и А. Адлера, предложила свою теорию конфликта. По её мнению, конфликт начинает появляться тогда, когда стремление к собственному личностному росту и реализации собственных идей и желаний по каким-то причинам не достигается из-за различных внешних и общественных взаимодействий. По её мнению, в основе внутриличностных конфликтов влияние внутрисемейных, культурных и общественных факторов среды. Ребёнок, который

воспитывался без чувств искренней любви, внимания, заботы, уважения к его индивидуальности, в будущем вырастает взрослым, который постоянно ощущаю тревогу внутри себя, беспокойство и воспринимает окружающий его мир как чужой и враждебный [59, с. 45].

Хорни К. охарактеризовала основной конфликт в главном внутреннем противостояние различных тенденций друг другу, который человек создал со временем по отношению к другим людям: движение по направлению к обществу, против него, и от него (бегство). Она определяла несколько сторон отношения к себе, образов я: «Я- реальное», «Я-идеальное», «Я в глазах других людей», разногласия которых между собой сформируют внутриличностные конфликтные состояния [59, с. 115].

С точки зрения Е. Фромм (2006), внутриличностный конфликт основывается на невозможности реализовать в социуме стремления и нужды личности, из-за противоречивых столкновений между непреодолимой внутренней привязанности и стремлением к свободе [58, с. 329].

Совершенно иной взгляд был у представителей бихевиоритского подхода, которые считали, что невозможно рассматривать объективные факторы физической жизни, в том числе и непосредственно бессознательное и развитие. Поэтому понимание конфликтов и их природу изучали на основе изучения явлений, которые были объективными и реально оценивались - набора поведенческих реакций и привычек (Watson J., Rayner R., 1920; Скиннер Б.Ф., 1974; Вольпе Дж., 1990). Основной принцип изучения

внешнего поведения полагаются на поиск определённой взаимосвязи между конкретными стимулами и ответной, не обязательно поведенческой реакции человека. Конфликт в данном понимании предполагается как личные формы реакции на окружающую внешнюю среду человека или ситуацию, причина которой находится в разработке и укреплении соответствующих навыков и схемы в поведении в общем опыте (М. Шериф (1936), Дж. Доллард, Л. Дуб, Н. Миллер (1939), М. Дойч (1973) [45, с. 389]).

Анализируя межличностные взаимодействия в естественной среде, М. Шериф пришел к выводу, что главной причиной конфликта объективно конкурентной ситуации, в которой находится группа.

Изучая межличностные конфликты как тяжелое и глубоко социально-психологическое явление М. Дойч полагал, что очень важны лабораторные условия для более конкретной оценки их значения, таких как: описание и характеристика и характерные черты сторон, находящихся в конфликте (смысл, значение, причина, основания, стратегии тактики, концепция и т.д.), а также условий, в которых осуществляется в течение конфликта и его последствия.

В результате экспериментов, и контроля автор определил два типа взаимного влияния целей: содействующее и противоположное и два варианта действий в конфликтном процессе: эффективное и осложняющие.

Понимание конфликта в бихевиоризме было подвергнуто критике, как и само направление в психологии, игнорирование содержания индивидуального опыта, мотивов, стимулов,

представлений о том, что происходит вокруг человека. Несмотря на это, благодаря этим негативным ситуативным подходам к пониманию, современные научные и практические исследования получили ценные перечисленные данные и материал в сфере изучения конфликтов, и это перестало расцениваться и восприниматься как непосредственно интропсихически обусловленный и формирующийся феномен [60, с. 201].

С началом изучения и последующим формированием новых когнитивных теорий в психологии актуален интерес к значению особенностей и характеру восприятия, оценки и обработки поступающей внешней информации в объяснении принципов регулирования отношений и взаимоотношения людей – в тех субъективно охарактеризованных сторонах образов окружающей действительности, которые создаются у человека и связаны в организованные и, по возможности, последовательные толкования картины окружающей действительности и мира в целом [22, с. 117]. Особое внимание было уделено тому факту, что внешние, непосредственно рассматриваемые отношения и взаимодействия отдельных субъектов в объективной общественной ситуации можно объяснять и рассматривать как их внутренние субъективные восприятия, то есть с точки зрения рефлексии, осознания, познавательной способности, самоанализа и др. «взаимодействующего субъекта». Таким образом, конфликтное состояние можно рассматривать только при учете прямого отражения определенных параметров конкретной ситуации, что является основным, главным фактором [49, с. 289].

В гуманистической психологии проблеме конфликта уделяется крайне мало внимания, в основном наблюдаются его действенные функции, учитывается его значение в процессе и механизмах формирования личности, особое значение человеческих психологических ресурсов в преодолении его на пути к подчеркивается самореализация [49, с. 327].

В отечественных и зарубежных литературных источниках на сегодняшний день представлены различные взгляды на проблему конфликта, его роль в ментальной сфере человека, структурные и содержательные аспекты. Изучение и использование результатов этих научных исследований в практической психологии вызывает определенные трудности в связи с необходимостью сравнения, объединения, установления междисциплинарных связей. В литературе есть несколько попыток решить эту проблему. Поэтому в своих работах Н.В. Гришина (2008) ограничила проблемную зону конфликта следующими особенностями решения проблемы:

1. Биполярность – наличие одновременно двух или более взаимосвязанных и одновременно взаимно противоположных принципов.

2. Активность – деятельность, направленная на преодоление определенного противоречия.

3. Субъективность – понятие, связанное с присутствием субъекта или субъектов в качестве участников и носителей определенного конфликта [16, с. 5].

Автор традиционно отмечает, что психодинамическое, поведенческое и когнитивное направления являются наиболее

существенными для понимания и описания сути конфликтов, и указывает, что каждый из этих трех подходов внес свой значительный вклад в исследование проблемы. Таким образом, ортодоксальная психоаналитическая традиция в ее практическом и теоретическом понимании, несомненно, обогатила психологическую науку особым опытом клинических наблюдений и уникальными тонкими описаниями психологических феноменов и интерпретациями подробных отношений между глубоким внутренним миром самой личности и реальными внешними межличностными отношениями. В рамках появившихся позже поведенческих (бихевиористских) подходов было проведено значительное количество экспериментальных, экспериментальных исследований, в которых конкретно изучались различные аспекты и проявления поведения всех участников конфликта в зависимости от характеристик и конкретные параметры данной ситуации. Предлагаемые когнитивные концепции предполагают рассмотрение конфликта в гораздо более широком поле социального контекста, как своего рода субъективное явление, демонстрирующее важность индивидуальных особенностей восприятия, оценки и обработки информации конкретным человеком.

Н.В. Гришина рассматривает возможность интеграции подходов к изучению конфликта в существующие направления классической психологии, принимая их за основу для понимания аффективной, поведенческой и когнитивной составляющих конфликта соответственно [15, с. 245].

Таким образом, отмечаются общие тенденции в существующих научно-теоретических направлениях. Один из них сводится к признанию важности практического изучения конфликта, его оценки и понимания как неизбежного природного явления, которое может повлиять как на отрицательные, так и на положительные факторы; другой фокусируется на актуальности попыток объединить, проанализировать и обобщить имеющиеся сегодня междисциплинарные знания и на основе метаанализа сформировать единую теоретико-методологическую фундаментальную базу теории конфликтов, которая должна определить новые направления в изучение этих явлений.

Анализ литературных источников показывает, что взгляды на конфликт существенно изменились за последние несколько десятилетий, и в настоящее время нет единого понимания конфликта и его природы. Большинство исследователей рассматривают конфликт как возможную причину позитивных изменений личности, основу личного развития. Также делается упор не только на выявление и определение характера и содержания конфликта, но и на способность контролировать и управлять ими для получения наиболее эффективного результата. Подчеркивая сложность явления, особое внимание уделяется движущим, динамическим факторам конфликтов (потребность-мотивационная сфера личности), характеристикам субъекта(ов) в том числе непосредственно адаптационно-компенсаторным механизмам.

1.2 Особенности психоэмоционального состояния как фактора предрасположенности к конфликтному поведению у пациентов кардиологического профиля

Понимание и изучение физиологической природы возникновения конфликтного поведения, а также факторов, влияющих на нее, является необходимым условием их профилактики и предупреждения [61, с. 54].

Внутриличностные конфликтные состояния всегда характеризуются психоэмоциональными переживаниями, так как затрагивают индивидуальные мотивы и мысли [66, с. 346].

Психоэмоциональные состояния зависят не только от основных характерных черт психической деятельности человека, но и сами, непосредственно, оказывают на нее большое влияние [12, с. 5]. В эмоциональных состояниях определяются особенности поведения и психические проявления как типичные, так и случайные. Для типичных характерны личные черты и особенности личности, случайные эмоциональные состояния не отражают существенных черт личности, а вызваны стечением обстоятельств, особенностями текущей ситуации [70, с. 34].

Все эмоциональные состояния преходящие. Но типичные психические состояния встречаются у человека довольно часто и сопровождаются проявлениями, характерными для его личности. Какими бы субъективными ни были эмоциональные состояния, они определяются внешним миром, особенностями воздействия на человека окружающих предметов и явлений [9, с. 173]. Известно, что любое эмоционально окрашенное состояние и феномен реальности,

переживаемые субъектом, можно охарактеризовать как эмоциональное переживание, в котором реализуется внутреннее противоречие и процесс его разрешения идет на субъективном уровне [24, с. 6]. Особый элемент настроения, который окрашивает состояние человека в данный момент, – это психоэмоциональный стресс [73, с. 128]. Здесь важно различать состояние напряжения, которое оказывает положительное мобилизующее действие, и состояние напряжения, которое характеризуется обострением психических и двигательных функций вплоть до распада деятельности. Такие проявления и имеют влияние на остроту конфликтных состояний [41, с. 30].

Эмоциональное состояние – это психическое состояние человека, которое возникает в процессе его жизнедеятельности, отражающее отношение человека к себе и к тому, что происходит вокруг него и определяющее направленность поведения [11, с. 68]. Эмоциональное состояние определяется как особая целостная характеристика психической деятельности организма в целом. Психически напряженное состояние и негативные эмоции могут быть основными признаками тяжелой ситуации межличностного взаимодействия [43, с. 69].

С.А Соловьева отличает негативные эмоциональные состояния, которые характеризуют человека в трудной жизненной ситуации: тревога, беспокойство, страх, паника, депрессия. Выявление проблемы психоэмоциональных состояний привлекают внимание к важным фактам психической жизни и психики человека в целом [54, с. 489].

Изучение психоэмоциональных состояний необходимы для оценки и анализа психических процессов, их течения, их тесной связи с тем или иным психическим состоянием, на фоне которого протекают эти процессы [1, с. 34].

Н.Д. Левитовым были сформулированы теоретические положения рассмотрения проблемы психоэмоциональных состояний:

1. Существуют отличительные черт чувства как временных переживаний или состояние от чувств как постоянных чёрт основы личности.

2. Отношения и связь человека к окружающему миру и действительности, а также по самому себе выражается во всех чувствах или эмоциях.

3. Все эмоции или чувства являются индивидуальными и особенными переживаниями.

4. Чувства могут быть не только субъективными, но и объективными, определяются внешними условиями и обстоятельствами.

5. Эмоции или чувства имеют выраженное состояние, которое не является однозначным.

6. Не существует методики изучения эмоции и чувства, полностью соответствующей поставленной задаче.

7. Рассматривая и анализируя проблему эмоциональных состояний, автор определяет основные ведущие эмоции, которые характеризуют психоэмоциональное состояние: настроение, эмоции, эффект, влечение, страсть, страх, депрессия [32, с. 112].

Г. Айзенк различал эти понятия следующим образом: тревога, как черта характера представляет собой относительно постоянное состояние сильного возбуждения симпатической нервной системы, чувство страха и высшей степени эмоциональности, в то время как состояние тревоги – это состояние человека в определённый момент, не зависящее от уровня эмоциональности, обычного для конкретного человека [4, с. 36].

Ч. Спилберг вместе с коллегами в 1970 г. разработали и опубликовали анкету, благодаря которой можно экспериментально выявить разницу между тревогой, как чертой характера человека и тревогой как состоянием [55, с. 87].

Тревогу по З. Фрейду можно охарактеризовать как эмоциональное переживание, которое может послужить сигналом нарастающей опасности. Значение тревоги – чувство неуверенности, беспомощности, по мнению. Тревога определяется тремя основными чертами: специфическим чувством неприятности, соответствующим данному состоянию, соматические реакции (учащение сердцебиения, расширенные зрачки), осознание этого состояния. Изначально З. Фрейд признавал существование тревоги на бессознательном уровне, позже её стали рассматривать как психологическую защиту организма в сложившейся ситуации [57, с. 62].

Бихевиористы характеризовали тревожность как итог научения. По их мнению, тревожность представлялась в виде заполненной реакции на окружающее состояние, которая при её развитии переносится на другие условия и ситуации. Кроме этого,

были предложены различные подходы к разграничению тревожности и страха. Тревожные состояния не специфичны, они могут ощущаться вне зависимости от стимула, а страх всегда связан с конкретным объектом и ситуацией. Тревога может иметь определённые качества, так и неопределённые. Страх порождает угрозу физического благополучия, а тревога возникает в случае угрозы целостности непосредственно личности. Также были определённые различия в особенностях структуры и степени сложности, например тревожности как взаимосвязь страха с другими аффективными состояниями. Также обращено внимание на разность численного характера между тревожностью и страхом [29 с. 170].

На сегодняшний день существует устоявшееся мнение, что тревога может быть физиологической (нормальная) или патологическая (с нарушением психоэмоционального состояния). В первом случае это адаптивный механизм, с помощью которого активации организма в не знакомой ситуации позволяет быстро добиться адаптации в данной ситуации. В ином случае имеем дело с ситуацией, которая вызывает чрезмерную сильную тревогу, что нарушает стабильность человека и функционирование его организма [10, с. 6].

Теряя приспособительное значение, она становится единственным корнем, на основе которой возникает отличительные качества патологической системы. По мнению Е. Вербицкого (2003), когда опасность не осознается, когда она представлена в виде безобъектной угрозы, это способность реагировать тревожности увеличивается, то есть формируется тревожность [14, с. 89].

Н.В. Инадворская (2006) считает, что патологическая тревожность, как и чувство неопределённой и необоснованной опасности, выполняют важнейшую миссию – тенденции к поиску определённости, уточнения, что приводит к снижению уровня тревожности. В результате исполнения этого механизма создается определённый вариант тревожных состояний и расстройств [24, с. 18].

По данным литературных источников 80 % конфликтов возникают вне зависимости от желания их участников. В основе нарушенного психоэмоционального состояния в большинстве случаев может возникать внутренний конфликт, ощущение своей вины, своего упущения, из-за которого возникла данная ситуация [43, с. 77].

Определение депрессивных расстройства в психологии столкнулось с рядом проблем. Признаки депрессии относят к разным областям, комбинируя феноменологически разнородные выражения и явления: плохое настроение, психическая заторможенность речи, также двигательная заторможенность [28, с. 6].

С. Гуревич в психоаналитическом словаре под своей редакцией охарактеризовал депрессию как расстройство психики ведущими симптомам которого является подавленное, угнетенное, меланхоличное настроение во взаимосвязи с ухудшением способности полноценной жизни: активной деятельности, нарушением двигательных и вегетативных функций.

При возникновении депрессии нарушается работа практически всех сфер: эмоциональной, интеллектуальной и волевой, и,

непосредственно, мотивационной, что выражается как субъективно при жалобах человека, так объективно в изменении поведения.

Сильное снижение настроения при депрессии сочетается с утратой интереса к тем привычным моментам, которые они воспринимались как интересные, удовлетворяющие или радостные – все виды досуга, общения занятия любимым делом, профессиональной деятельности. При всех депрессивных расстройствах страдают и первичная биологическая мотивация – нарушение сна, аппетита, снижение сексуальной функции.

Уровень этих нарушений обычно зависит от тяжести самого депрессивного состояния. До настоящего времени среди психологических определений депрессии актуальными являются три основных теоретических модели, к которым стремятся большинство эмпирических исследований: психоаналитическая, бихевиористская, когнитивная. Наиболее актуальная на сегодняшний день и оптимально применяемая на практике является когнитивная теория. Этот подход основан на предположения о главном влиянии когнитивных процессов на структуру самосознания человека.

По мнению А. Бэка, американского психотерапевта, профессора психиатрии, депрессивные расстройства являются результатом своеобразных ложных «бессознательных выводов»:

1. Аффективный – грусть, подавленный гнев, тревога, раздражение, плаксивость, вина, стыд.

2. Мотивационный – утрата положительной мотивации, усиление избегающего поведения, усиление зависимости.

3. Поведенческие – бездействия, избегающее поведение, апатия, сонливость, нарастание дефицита социальных навыков.

4. Физиологическое – нарушение сна, снижение аппетита, снижение лечения.

5. Когнитивное – сомнения, растерянность, трусость, а также неуверенность в принятии правильного решения или невозможность принять какое-либо решение из-за того, что каждое из них не идеально и может содержать нежелательные последствия; проблема представляется как непреодолимая и глобальная; развивается постоянная самокритика, самообвинения, мысли, заведомо направленные на поражение [7, с. 365].

В настоящее время депрессивные расстройства это одна из самых распространённых среди населения форм психической патологии, вероятность развития этой патологии достигает 10 % для мужчины 20 % для женщин. В то же время, несмотря на всю важность проблемы, выявление депрессивных расстройства в практике очень низкая [18, с. 7].

Конфликт развивается в ситуации повышенной психоэмоциональной напряженности и может сопровождаться сильным эмоциональным потрясением и переживаниями. В связи с этим конфликтологи и психологи отмечают важность приобретения способности для стабилизации своего психоэмоционального состояния, учитывая специфические особенности личности для возможности сохранять равновесие в конфликтной ситуации [75, с. 273].

Таким образом, анализ литературы показал, что в структуре конфликтного поведения, в частности внутриличностного, большое значение имеет эмоциональный компонент, который заключается в умении управлять своими эмоциональными состояниями в предконфликтных и конфликтных ситуациях, а также в способности явно определять эмоции, не переходя в депрессивное состояние.

1.3 Модель психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля

Коррекция в психологии - направленное психологическое воздействие, которое может затрагивать различные структуры психики. Приемы психокоррекции изменяются зависимо от состояния пациента. Задача психологической коррекции - поправка, частичное или полное исправление, устранение психических нарушений. Принципы, лежащие в основе психокоррекционной работы, основаны на положениях фундаментальной психологии о том, что личность – это целостная психологическая структура, формирование которой осуществляется в процессе жизнедеятельности людей, усвоения ими общественных форм поведения и сознания. Основные принципы и методики психокоррекционной работы должны помочь человеку переступить через трудности, дать надежду на лучшее будущее, помочь в развитии.

Моделирование используется в любой профессиональной деятельности и чрезвычайно актуально, это классический метод получения, описания и использования знаний.

Модель – это искусственное создание явления (ситуации, процесса, объекта), подобного природному явлению, изучение которого неосуществимо или затруднительно. Понятие «модель» интерпретируется как мысленно показанная или материально реализованная система, которая отражает или воссоздает объект) и которая способна заменить его таким образом, что ее изучение даст нам новое сообщение об этом объекте. Модель включает в себя ряд объектов или знаков, которые отражают некоторые из наиболее важных свойств, качеств и взаимосвязей объектов. Разнообразие моделей обусловлено наличием различных подходов к определению признаков, принципов, классификаций, требований, этапов моделирования [21].

Цель моделирования – предсказать результаты предстоящих экспериментов. Инструменты моделирования – это инструменты, которые помогут вам представить и получить знания об исходном объекте. Объекты моделирования – это деятельность, процесс, продукт, организация, система, отдельное лицо или любая их комбинация. Уровни моделирования – степень описания объекта

Моделирование в психологии обозначает исследование психических процессов и состояний при помощи их реальных (физических) или идеальных, прежде всего математических, моделей. Относительная простота построения и формирования модели делает такую ее особенно наглядной. Для достижения генеральной цели целесообразно сформировать структурированную модель целеполагания, в основе которой лежит иерархический принцип.

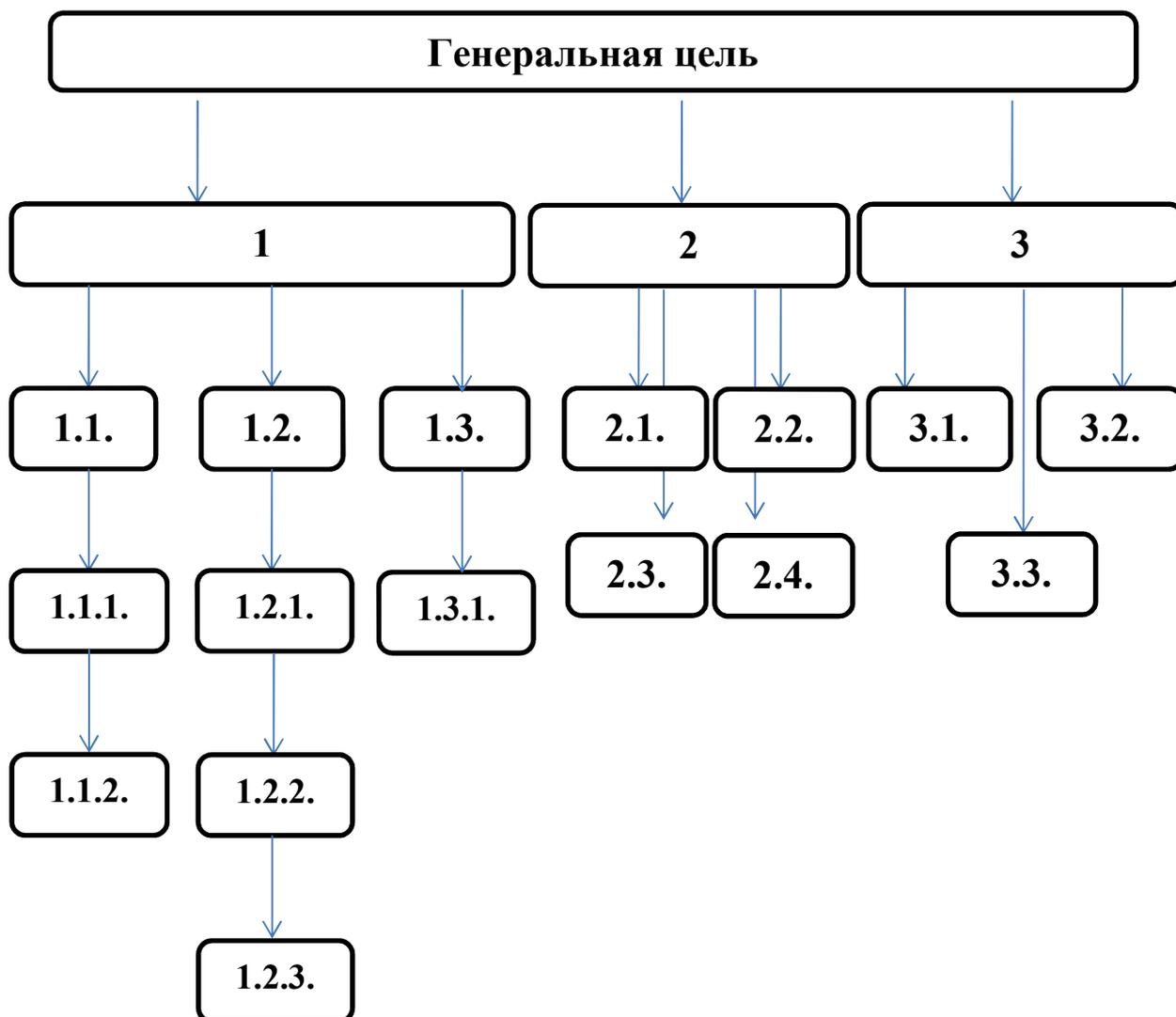


Рисунок 1 – Структура «дерева целей»

Генеральная цель: теоретически обосновать и экспериментально проверить психолого-педагогическую коррекцию конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля.

1. Проанализировать теоретические аспекты исследования проблемы психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля

1.1. Проанализировать психолого-педагогические отечественные и зарубежные исследования о конфликтном поведении

1.1.1. Изучить особенности внутриличностного конфликтного поведения

1.1.2 Изучить содержание межличностного конфликтного поведения

1.2. Раскрыть сущность психоэмоционального состояния, как фактора предрасположенности к конфликтному поведению

1.2.1. Охарактеризовать тревожное состояние

1.2.2. Дать определение и раскрыть сущность понятия депрессии

1.2.3. Изучить влияние психоэмоционального состояния на конфликтное поведение

1.3. Изучить специфику применения метода моделирования в психолого-педагогических исследованиях

1.3.1. Раскрыть содержание модели формирования психоэмоционального состояния и конфликтного поведения

2. Организовать опытно-экспериментальное исследование по проблеме психолого-педагогической коррекции конфликтного состояния у пациентов кардиологического профиля.

2.1. Определить этапы, методы и методики исследования. Подобрать диагностические методы.

2.2. Дать общую характеристику группе исследования

2.3. Провести анализ результатов исследования тревоги и депрессии у пациентов кардиологического профиля

2.4. Выявить особенности внутриличностных и межличностных конфликтов у пациентов кардиологического профиля

3. Представить описание опытно-экспериментального исследования по выявлению уровня конфликтного поведения и особенностей психо-эмоционального состояния пациентов кардиологического профиля

3.1. Разработать программу психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля

3.2. Проанализировать и сравнить результаты опытно-экспериментального исследования

3.3. Разработать технологическую карту внедрения и общие рекомендации по коррекции конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля

В процессе моделирования психологической коррекции психоэмоционального состояния и конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля на целевом уровне была сформулирована основная цель и задачи для ее достижения. На теоретическом уровне были рассмотрены и изучены теоретические аспекты конфликтного поведения, а также проанализированы современные представления внутриличностных и межличностных конфликтов и методы их изучения.

На диагностическом этапе были изучены и подобраны подходящие методики диагностики. Для проведения исследования была разработана психолого-диагностическая анкета, включающая в себя социальный и психологический аспекты. Для диагностики психоэмоционального состояния была использована Методика диагностики оперативной оценки самочувствия, активности,

настроения (САН), для выявления и оценки тяжести тревожно-депрессивных расстройств применялась госпитальная шкала тревоги и депрессии. Для определения выраженности внутриличностных конфликтов применялся тест для выявления уровня внутриличностного конфликта (Шипилов А.И., Анцупов Я.А.). Для изучения взаимоотношений была использована Методика исследования межличностных отношений Лири.

Целью формирующего этапа была разработка комплексной программы психологической коррекции, направленная на снижение выраженности конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля.

На контрольно-обобщающем этапе были проанализированы и представлены результаты исследования по выбранным методикам.

В общем виде модель психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля представлена на рисунке 2.

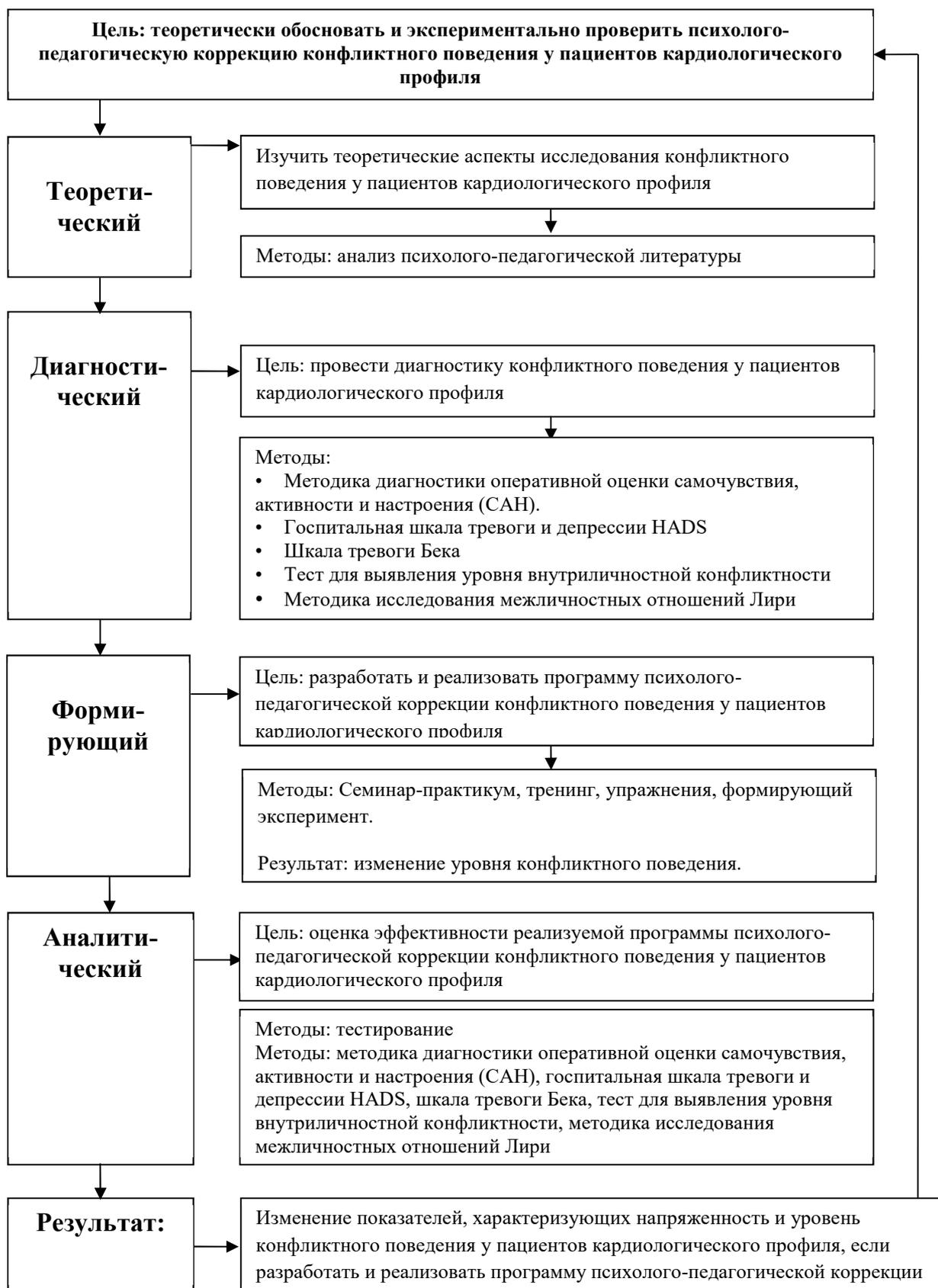


Рисунок 2 – Модель психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля

Выводы по 1 главе

Проведен теоретический анализ научных и литературных данных состояния психоэмоциональной сферы, особенностей внутриличностных и межличностных конфликтов, рассмотрены основные теории понимания причин, природы возникновения и развития конфликтов в разных психологических подходах.

Проблемы психического здоровья населения вызывают все большую озабоченность в мире. Масштабные эпидемиологические исследования показывают, что психоэмоциональные расстройства в течение жизни переносит значительная часть населения, причем в большинстве случаев она остаются недиагностированными и нелечеными.

Эмоциональные состояния отражаются в функционировании нашего организма, включая работу психических процессов и физиологической деятельности. В свою очередь, изменение психической деятельности и физиологических процессов ведет к изменению эмоционального состояния.

Интерес современных отечественных и зарубежных исследователей к пониманию закономерностей возникновения, течения и разрешения личностных конфликтов определяется их ролью в формировании личности, ее развитии и адаптированности. Актуальным является поиск решений по управлению и разрешению как внутриличностных, так и межличностных, социальных конфликтов.

Изучение содержания внутриличностных и межличностных конфликтов невозможно без рассмотрения защитно-адаптивных механизмов личности, а именно психоэмоционального состояния.

Сложность феномена конфликта и современное разнообразие подходов и представлений к его пониманию способствует выработке различных методических принципов и приемов изучения, в основе которых лежат общенаучные положения, рассматривающие конфликт как особое динамичное междисциплинарное и межсистемное явление, доступное объективному научному изучению.

Проблема понимания конфликта как социального явления и выявление его роли в социогенезе, определение детерминант конфликтного поведения – приоритетные в настоящее время направления конфликтологии.

В настоящее время депрессивные расстройства это одна из самых распространённых среди населения форм психической патологии, вероятность развития этой патологии достигает 10 % для мужчины 20 % для женщин. В то же время, несмотря на всю важность проблемы, выявление депрессивных расстройства в практике очень низкая.

Таким образом, анализ литературы показал, что в структуре конфликтного поведения, в частности внутриличностного, большое значение имеет эмоциональный компонент, который заключается в умении управлять своими эмоциональными состояниями в предконфликтных и конфликтных ситуациях, а также в способности явно определять эмоции, не переходя в депрессивное состояние.

Конфликт развивается в ситуации повышенной психоэмоциональной напряженности и может сопровождаться сильным эмоциональным потрясением и переживаниями. В связи с этим конфликтологи и психологи отмечают важность приобретения способности для стабилизации своего психоэмоционального состояния, учитывая специфические особенности личности для возможности сохранять равновесие в конфликтной ситуации.

Одним из центральных вопросов, требующих разрешения в исследовании конфликтов, является вопрос о причинах, обуславливающих возникновение конфликтных ситуаций и их перерастание в конфликт. Сложность изучения заключается в том, что невозможно проследить весь процесс возникновения и развития конфликтной ситуации.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КОНФЛИКТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

2.1 Этапы, методы и методики исследования

Этапы исследования.

Исследование проводилось в три этапа, в соответствии с поставленной целью и задачами.

Первый этап – организационно-подготовительный. Определение теоретико-методологических основ исследования; подбор, анализ и обобщение научно-методической литературы, формирование модели психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения у больных кардиологического профиля.

Второй этап – опытно-экспериментальный. Непосредственное проведение диагностики конфликтного поведения и психоэмоционального состояния у пациентов кардиологического профиля. Разработка и реализация программы психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения у больных кардиологического профиля.

Третий этап – итогово-обобщающий. Проведение количественного и качественного анализа полученных данных, повторная диагностика, сравнение результатов, проверка гипотезы.

Методы исследования.

Для решения поставленных задач применялись клинико-психологический, экспериментально-психологический (психометрический) и статистический методы. Клинико-психологический метод был представлен картой клинических и социально-психологических показателей, анализом историй болезни и интервью с пациентами. Экспериментально-психологический (психометрический) метод включал психодиагностические инструменты определения выраженности психоэмоционального состояния, уровня внутриличностных и межличностных конфликтов. Статистический метод включил: сравнительный анализ.

Методики исследования.

Для проведения настоящего исследования была разработана психолого-диагностическая анкета, включающая 2 блока: социальный и психологический аспекты.

Для оценки функционального психического состояния (самочувствие, активность, настроение) использовалась Методика диагностики оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (САН), разработанная В.А. Доскиным, Н.А. Лаврентьевой, В.Б. Шарай, М.П. Мирошниковым в 1973 году. Тест представляет собой таблицу, которая содержит 30 пар слов, отражающих исследуемые особенности психоэмоционального состояния (самочувствие, активность, настроение) могут быть охарактеризованы полярными оценками, между которыми существуют континуальная последовательность промежуточных значений.

Для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики применялась Шкала, разработанная Зигмонд А.С. и Снайт Р. в 1983 г.. Преимущества шкалы заключаются в простоте применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у анкетированных), что позволяет рекомендовать ее к использованию для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов (скрининга). Опросник обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении двух расстройств: тревоги и депрессии. Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы: тревоги и депрессии.

Для скрининга тревоги и оценки степени её выраженности применялась Шкала тревоги Бека (англ. The Beck Anxiety Inventory, сокр. BAI). Шкала тревоги Бека представляет собой простой, удобный инструмент для предварительной оценки степени выраженности тревожных расстройств у широкого круга лиц: молодых людей от 14 лет, зрелых и пожилых, контингента клиники и при скрининговых исследованиях. Обычно шкалу используют при профосмотрах, когда необходимо выделить контингент, нуждающийся в более подробном обследовании и консультации специалиста, в клинической практике, когда есть подозрение, что соматическое расстройство коморбидно с тревогой (в том числе взаимообусловлено). Опросник состоит из 21 пункта, каждый пункт включает один из типичных симптомов тревоги, телесных или психических. Каждый пункт должен быть оценен респондентом от 0 (симптом не беспокоил) до 3 (симптом беспокоил очень сильно).

Для определения выраженности различных внутриличностных конфликтов применялся тест для выявления уровня внутриличностной конфликтности (Шипилов А.И., 1999). Он включает 36 ситуаций, актуализирующих расхождения между «хочу», «надо» и «могу», в качестве ответов испытуемый отмечает насколько выражено переживание в каждой конкретной ситуации (в баллах от 0 до 3). Автор методики предложил классификацию внутриличностных конфликтов между тенденциями в мотивационной сфере, долженствовании и самооценке. Представленные в методике конфликты: мотивационный; нравственный (моральный); конфликт нереализованного желания; ролевой; адаптационный; конфликт неадекватной самооценки. Тест позволяет также определить общую степень выраженности внутриличностных конфликтов и оценить противоречивость в основных сферах личности: самооценка, мотивация, долженствование.

Для изучения взаимоотношений субъектов в малых группах была использована методика исследования межличностных отношений Лири (создана Т. Лири, Г. Лефоржем, Р. Сазеком в 1954 г.). С помощью данной методики выявляется преобладающий тип отношений к людям в самооценке и взаимооценке. При исследовании межличностных отношений наиболее часто выделяются два фактора: доминирование-подчинение и дружелюбие-агрессивность.

Математическая обработка результатов заключалась в подсчете средних баллов и стандартных отклонений по отдельным

мотивационным состояниям, по основным потребностям и оценке частоты их возникновения в различных ситуациях.

Статистический метод. Анализ полученных данных проводился с помощью компьютерных программ Statistica 6.0 и SPSS 16. Были использованы методы описательной статистики, сравнительный анализ, корреляционный анализ Пирсона. Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$. Корреляционная связь считалась статистически значимой при $p \leq 0,05$.

2.2 Характеристика выборки и анализ результатов исследования

В исследование включены 109 пациентов, находившиеся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница». Из них 66 (60,6%) мужчин и 43 (39,4%) женщин. Средний возраст пациентов – $60,4 \pm 8,5$ лет. Гендерно-возрастная характеристика исследуемой группы представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Гендерно-возрастная характеристика исследуемой группы

Возраст	Мужчины (n=66)	Женщины (n=43)	p
Молодой (25-44 г.)	3(4,5%)	0	0,156
Средний (45-60 л.)	34(51,5%)	14(32,6%)	0,09
Пожилой (61-75 л.)	28(42,4%)	27(62,8%)	0,03*
Старческий (76-90 л.)	1(1,5%)	2(4,6%)	0,32
Примечание:* - статистически значимые межгрупповые различия ($p > 0,05$)			

Распределение пациентов по возрасту и полу показало, что в исследуемой группе преобладали лица мужского пола в среднем возрасте. В молодом возрасте наблюдались пациенты мужского

пола в 4,5 %, тогда как женщин в этом возрасте не было. В пожилом возрасте преобладали женщины (62,8%) по сравнению с мужчинами (42,4%), различия статистически значимы ($p=0,03$). В старческом возрасте количество женщин было выше (4,6, 1,5% соответственно).

В таблице 2 представлена социальная характеристика исследуемой группы.

Таблица 2 – Социальная характеристика исследуемой группы

Показатель	А.ч	%
Образование		
Высшее (в том числе неоконченное высшее)	37	33,9
Среднее профессиональное	47	43,1
Начальное профессиональное	8	7,3
Общее среднее	10	9,1
Неполное среднее и общее начальное	7	6,4
Трудовая деятельность		
Работает	46	42,2
Не работает	2	1,8
Не работает и на пенсии	58	53,2
Не работает и имеет инвалидность	3	2,8
Тип труда		
Физический	25	54,3
Умственный	21	45,6
Инвалидность		
Нет	78	71,5
Есть	29	26,6
Оформляю в настоящее время	2	1,8

Проведенный анализ социальных показателей исследуемых показал, что в группе наиболее часто преобладали лица со средним профессиональным образованием (43,1%), находящиеся на пенсии (53,2%), в 42,2% случаев работающих, из них занимаются физическим трудом – 54,3%, умственным – 45,6%. Большинство

исследуемых (71,5%) не имели инвалидность, 26,6% имели инвалидность II и III группы и 1,8% оформляли инвалидность в настоящее время.

Комплексная оценка у всей группы исследуемых показала, что у большей части пациентов статистически достоверно отсутствуют симптомы тревоги - 83 человек (76,1%) и депрессии - 82 человека (75,2%) по шкале HADS, а также отсутствие депрессии среди пациентов у 68 человек (62,3%) по шкале Бэка, таблица 3.

Таблица 3 – Гендерные различия пациентов с сопутствующей психоэмоциональной патологией

Показатель	Всего (n=109)		Мужчин ы (n=66)		Женщин ы (n=43)		p
	А.ч	%	А.ч	%	А.ч	%	
Отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги HADS	83	76,1	55	83,3	28	65,1	0,04*
Субклинически выраженная тревога HADS	15	13,8	7	10,6	8	18,6	0,36
Клинически выраженная тревога HADS	11	10,1	4	6,1	7	16,3	0,07
Отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии HADS	82	75,2	54	81,1	28	65,1	0,08
Субклинически выраженная депрессия HADS	15	13,8	9	13,6	7	16,3	0,52
Клинически выраженная депрессия HADS	11	10,1	3	4,5	8	18,6	0,06
Отсутствие депрессии по БЭКА	68	62,3	49	74,2	19	44,2	0,01*
Субдепрессия по БЭКА	26	23,8	13	19,7	13	30,2	0,16

Умеренная депрессия по БЭКА	9	8,2	2	3,0	7	16,3	0,01*
Выраженная депрессия по БЭКА	5	4,6	1	1,5	4	9,3	0,07
Тяжелая депрессия по БЭКА	1	0,9	1	1,5	0	0	0,15
Примечание:* - статистически значимые межгрупповые различия (p>0,05)							

Анализ гендерных различий по шкале HADS показал, что мужчины оказались более устойчивыми по показателю клинически выраженной тревоги ($p=0,04$). Субклинически выраженная тревога у мужчин составила 10,6%, по сравнению с женщинами (18,6%), клинически выраженная тревога у мужчин – 6,1%, у женщин – 16,3%. Женщины по показателю депрессии оказались менее устойчивее, чем мужчины. Субклинически выраженная депрессия у женщин составила 16,3%, у мужчин – 13,6%, клинически выраженная депрессия у женщин – 18,6%, у мужчин – 4,5%. Анализ интерпретации результатов по шкале Бэка показал, что женщины по показателю депрессии менее устойчивы, чем мужчины ($p=0,01$), что подтверждается распределением по степени тяжести депрессии. Достоверно значимые различия наблюдались у пациентов с умеренной депрессией по шкале БЭКА ($p=0,01$). Наиболее выраженная степень тяжести депрессии наблюдается у женщин в 9,3%, а у мужчин в 1,5% случаев ($p=0,07$), таблица 3.

При анализе оценки тревоги и депрессии в зависимости от наличия у пациентов сопутствующей патологии, отягощающей основное заболевание, выявлено, что при сочетании основного заболевания и АГ отсутствие достоверно выраженных симптомов

тревоги и депрессии по госпитальной шкале HADS преобладало у мужчин, тогда как среди женщин преобладает тревога и депрессия клинически выраженная (16,2%, 13,5%), по сравнению с мужчинами (10,0%, 5,0%). Умеренная депрессия по шкале БЭКА достоверно чаще ($p=0,03$) преобладала у женщин по сравнению с мужчинами (2,5 и 16,2% соответственно).

Среди мужчин, имеющих хронический гастрит и язвенную болезнь желудка в анамнезе субклинически выраженную тревогу имело 16,6%, а клинически выраженная тревога преобладала у женщин (22,2%) по шкале HADS. Депрессия клинически выраженная преобладала у женщин – 22,2%, а у мужчин – 8,3%.

При сочетании основного заболевания и наличия сахарного диабета 2 типа тревога и депрессия, клинически выраженная по шкале HADS, наблюдалась чаще у женщин (11,1% и 22,2% соответственно), таблица 4.

Таблица 4 – Распределение пациентов с психоэмоциональной патологией в зависимости от сопутствующей патологии

Показатель	Артериальная гипертензия		р	Язвенная болезнь		р	Сахарный диабет		р
	М	Ж		М	Ж		М	Ж	
Отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги HADS	80,0	73,5	0,21	83,3	77,7	0,74	88,8	77,7	0,52
Субклинически выраженная тревога HADS	10,0	16,2	0,41	16,6	0	0,19	0	11,1	0,3
Клинически выраженная тревога HADS	10,0	16,2	0,41	0	22,2	0,08	11,1	11,1	1,0
Отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии HADS	82,5	70,2	0,20	83,3	77,7	0,74	77,7	66,6	0,59
Субклинически выраженная депрессия HADS	12,5	16,2	0,64	8,3	0	0,37	22,2	11,1	0,52
Клинически выраженная депрессия HADS	5	13,5	0,19	8,3	22,2	0,36	0	22,2	0,13

Отсутствие депрессии по БЭКА	72,5	40,5	0,63	83,3	66,6	0,37	77,7	33,3	0,05*
Субдепрессия по БЭКА	20,0	35,1	0,13	8,3	11,1	0,83	22,2	44,4	0,31
Умеренная депрессия по БЭКА	2,5	16,2	0,03*	8,3	22,2	0,36	0	0	-
Выраженная депрессия по БЭКА	2,5	8,1	0,26	0	0	-	0	22,2	0,13
Тяжелая депрессия по БЭКА	2,5	0	0,33	0	0	-	0	0	-
Примечание:* - статистически значимые межгрупповые различия (p>0,05)									

Несмотря на то, что у исследуемых пациентов тревожные и депрессивные расстройства встречаются достаточно редко, выявление явных симптомов депрессии в раннем стационарном периоде осложняется тем, что пациенты, находясь в условиях стационара и оценивая свое состояние, как удовлетворительное по объективным признакам (круглосуточное наблюдение медицинского персонала, обеспеченность лекарственными средствами, физический покой). При анализе литературных данных, симптомы тревоги и депрессии у данной категории больных появляются после выписки, начиная с 10 дня [14]. Таким образом, возникает необходимость выявления симптомов тревоги и депрессии при поступлении и до оперативного вмешательства по показаниям, требующие активного сотрудничества пациента и специалиста, а также комплексные реабилитационные мероприятия для предотвращения психоэмоциональных расстройств, связанных с

госпитализацией и возможно предстоящей и проведенной операций на сердце.

Обследование пациентов по тесту САН позволило выявить особенности психического состояния по трем шкалам: самочувствие, активность, настроение. В качестве стандартов использовали пределы высоких значений – 5,5 и более, оптимальных колебаний – 4-5,4 баллов, значение $\leq 3,9$ баллов расценивался как низкий уровень степени оценки своего состояния. Необходимо отметить, что тест САН ориентирован на диагностику кратковременных психических состояний.

Оценка результатов по методике оперативной оценки самочувствия, активности и настроения показала, что на момент исследования по шкале «Самочувствие» 34,8 (37 человек) имели высокий уровень оценки своего состояния, оптимальный – 31,2% (34 человека) и низкий – 33,9% (37 человек). По шкале «Активность» наблюдается преобладание пациентов по низкому уровню степени оценки своего состояния (71,5%, 78 пациентов). По шкале «Настроение» также преобладает количество пациентов с неблагоприятной степенью оценки своего состояния (39%, 43 пациента), рисунок 3.

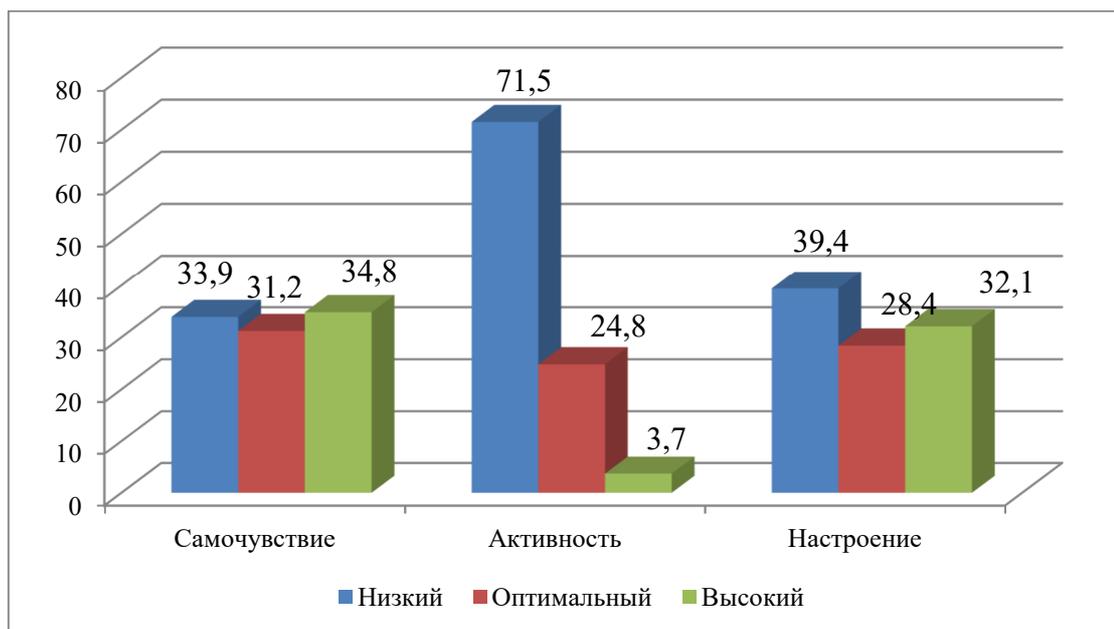


Рисунок 3 – Распределение уровней самочувствия, активности, настроения пациентов кардиологического профиля по методике САИ (%)

Анализ результатов показал, что пациенты в молодом и среднем возрасте имеют благоприятную степень оценки своего состояния по всем трем шкалам, а пациенты в пожилом и старческом возрасте имели низкий уровень значений результатов теста, что может означать психоэмоциональную реакцию на нахождение и лечение в стационаре. Статистически значимые различия между группами были выявлены среди пациентов в разных возрастных категориях по шкале «Самочувствие» ($p=0,001$) и «Настроение» ($p=0,002$), таблица 5.

Таблица 5 – Распределение пациентов по шкалам теста САН в зависимости от возраста (%)

Шкала	Самочувствие		Активность		Настроение	
	0-3,9	4 и более	0-3,9	4 и более	0-3,9	4 и более
Молодой и средний	24,3	58,3	42,3	58,1	23,3	62,1
Пожилой и старческий	75,7	41,7	57,7	41,9	76,7	37,9
p	0,001		0,139		0,002	
Примечание:* - статистически значимые межгрупповые различия (p>0,05)						

При анализе средних значений результатов теста САН по трем дифференцированным шкалам в зависимости от уровня депрессии выявлено, что у пациентов с наличием клинически выраженной депрессией – низкий уровень неблагоприятной степени оценки своего состояния по шкалам «Самочувствие» и «Настроение». При анализе результатов по шкале «Активность» были выявлены показатели ниже нормальных колебаний у всех пациентов, вне зависимости от наличия или отсутствия депрессии, таблица 6. Таким образом, субъективно человек, находящийся в состоянии депрессии испытывает тяжелые эмоции и переживания, соматические симптомы могут быть очень утомительным, ухудшающими самочувствие и настроение.

Таблица 6 – Средние значения по шкалам теста САН в зависимости от уровня депрессии (по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS)

Шкала	Самочувствие	Активность	Настроение
Нормальный уровень	4,6	3,6	4,5
Субклинически выраженная тревога/депрессия	4,5	3,4	5,0
Клинически выраженная тревога/депрессия	3,6	3,1	4,2

Проведенный анализ результатов теста САН в зависимости от уровня тревоги и депрессии по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS показал, что при поступлении в стационар не отмечалась тревога и депрессия у пациентов при нормальном уровне оценки своего состояния по всем трем шкалам. Статистически значимых различий в исследуемых группах не было. У пациентов с субклинически выраженной тревогой выявлены статистически значимые различия по трем шкалам ($p=0,008$), однако, неблагоприятное состояние было только по шкале «Активность». У пациентов с клинически выраженной тревогой и депрессией статистически значимо были снижены значения по всем дифференцированным шкалам ($p=0,015$ и $p=0,05$ соответственно), таблица 7.

Таблица 7 – Распределение пациентов по шкалам теста САН в зависимости от уровня депрессии (по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS)

Шкала	Самочувствие		Активность		Настроение		p
	0-3,9	4 и более	0-3,9	4 и более	0-3,9	4 и более	
Тревога							
Нормальный уровень	75,7	76,4	75,6	77,4	62,8	84,8	1,05
Субклинически выраженная	8,1	16,7	14,1	12,9	11,6	15,1	0,008
Клинически выраженная	16,2	6,9	11,5	9,8	23,2	1,5	0,015
Депрессия							
Нормальный уровень	70,3	77,8	73,1	80,6	76,7	74,2	2,4
Субклинически выраженная	13,5	15,3	14,1	16,1	11,6	16,7	0,04
Клинически выраженная	16,2	6,9	12,8	3,2	11,6	9,1	0,05

Результаты проведенного анализа показали, что при оценке эмоционального состояния важно оценивать не только значение отдельных его показателей, но и их соотношение. По мере нарастания эмоционального напряжения, выраженности тревоги и депрессии соотношения между ними меняются за счет относительного снижения самочувствия, уровня напряженности, эмоционального фона, а также мотивации.

Были изучены структура, содержание и динамическая сторона внутриличностных конфликтов. Параметры внутренней противоречивости измерялись с помощью теста А.И. Шипилова (1999).

Результаты выраженности внутриличностных конфликтов представлены в таблице 8. Из таблицы видно, что у исследуемой группы общая напряженность внутриличностных конфликтов выражена в умеренной степени ($34,7 \pm 5,4$). Выявленные внутриличностные конфликты отмечались в трех сферах личности: в самооценке (отношение к себе, своим качествам и возможностям); в сфере мотивации и в долженствовании (нравственные и моральные нормы и ценности). Наиболее актуальные и острые проблемы внутренней организации личности касались преимущественно противоречий в отношении к себе, оценок себя, своих качеств и возможностей, которые не соответствовали требованиям действительности и собственным возможностям ($18,6 \pm 3,2$). Наиболее выраженным является адаптационный конфликт ($7,5 \pm 1,6$). Он проявлялся при несоответствии имеющихся способностей требованиям со стороны окружающей среды. Высокие показатели по данной шкале указывают на трудности в приспособлении пациентов к реальной жизненной ситуации. Высокие баллы были зарегистрированы у всей группы исследуемых по шкале «конфликт неадекватной самооценки» – ($6,4 \pm 2,0$). Основа характерных для данного типа конфликта переживаний – возникает из-за расхождения между претензиями личности и оценкой своих возможностей. Результатом этого могут являться повышенная тревожность, эмоциональное напряжение и срывы. Относительно высокое значение отмечалось по шкале мотивационного конфликта ($6,0 \pm 1,5$). Мотивационный конфликт является одним из наиболее часто встречающихся внутриличностных конфликтов и может

выражаться в борьбе бессознательных стремлений человека, стремлений обладать, в столкновении различных мотивов. Характеризуется противоречивостью между управлением собственных потребностей. Менее остальных выражен моральный тип внутриличностного конфликта ($4,5 \pm 1,7$), который может выражаться в наличии ситуаций, возникающих при совершении выбора и принятии решений к действию, в которой сталкиваются противоположные позиции, убеждения и мотивы взаимоисключающие друг друга, таблица 8.

Таблица 8 – Выраженность внутриличностных конфликтов у больных кардиологического профиля (среднее значение $M \pm m$)

Шкалы	Вся группа	Мужчины	Женщины	p
Внутриличностные конфликты				
Мотивационный	$6,0 \pm 1,5$	$4,9 \pm 1,4$	$5,9 \pm 1,6$	0,04
Моральный	$4,5 \pm 1,7$	$4,5 \pm 1,6$	$4,6 \pm 1,7$	0,35
Конфликт нереализованного желания	$5,8 \pm 1,6$	$5,7 \pm 1,6$	$5,8 \pm 1,6$	0,42
Ролевой	$5,2 \pm 1,9$	$4,9 \pm 1,8$	$5,7 \pm 1,9$	0,002
Адаптационный	$7,5 \pm 1,6$	$7,4 \pm 1,5$	$7,5 \pm 1,6$	0,64
Конфликт неадекватной самооценки	$6,4 \pm 2,0$	$6,4 \pm 2,0$	$6,7 \pm 2,3$	0,36
Общая выраженность	$34,7 \pm 5,4$	$33,8 \pm 5,3$	$36,0 \pm 5,4$	0,000
Конфликтные сферы личности				
Мотивация	$15,3 \pm 2,6$	$16,0 \pm 2,8$	$16,0 \pm 2,8$	0,52
Долженствование	$16,2 \pm 3,0$	$16,7 \pm 3,2$	$17,4 \pm 3,4$	0,002
Самооценка	$18,6 \pm 3,6$	$20,5 \pm 4,6$	$19,3 \pm 4,0$	0,000
Примечание: * - статистически значимые межгрупповые различия ($p > 0,05$)				

Исследование особенностей внутриличностных конфликтов у мужчин и у женщин показало, что у женщин наиболее выражен

уровень конфликтности по всем шкалам по сравнению с мужчинами. Статистически значимыми различиями были выявлены в шкалах мотивационного и ролевого внутриличностного конфликта ($p < 0,05$), таблица 8.

Проявление внутриличностного конфликта мотивационного характера проявляется в недопустимости осуществить желания, которые противоречат друг другу. Мотивационный конфликт - серьезное нарушение эмоционального покоя, это глубокая психологическая проблема, которая затрагивает важные для человека убеждения, ценностей, несовместимые мотивы.

Внутриличностный ролевой конфликт возникает, когда устоявшиеся в обществе правила к поведению мужчин и женщин противоречат потребностям личности в удовлетворении интересов, не характерных для ее пола. Общепринятые тенденции гендерной социализации может привести к конфликту нереализованного желания. В нашем исследовании уровень «конфликта нереализованных желаний» как у мужчин, так и у женщин проявлялся с одинаковой частотой.

Анализ конфликтных сфер личности показал, что выраженность у мужчин по шкале «самооценка» выше, чем у женщин ($20,5 \pm 4,6$ и $19,3 \pm 4,0$ соответственно). В работах современных авторов самооценка называется основным звеном в области самопознания личности, она выступает внутренним условием регулирования поведения и деятельности человека. У женщин статистически значимо выше показатели шкалы «долгая жизнь», то есть ценности, воплощающие социальные нормы и

выступающие эталоном того, что должно быть. Мужчинам спокойнее и легче делать выбор в отношении своих обязанностей в соответствии со своими возможностями, в то время как для женщин очень важно оценивать свои обязанности и сочетание несовместимых социальных ролей. Поэтому ролевой конфликт у женщины можно рассматривать как комплекс переживаний, возникающих при оценке того, как она справляется с совмещением ролей в сферах деятельности.

С целью изучения взаимосвязи психоэмоционального состояния и коэффициента выраженности внутриличностного конфликта (КВК) был проведен корреляционный анализ Пирсона, который показал наличие высокой взаимосвязи КВК с тревогой по шкале HADS ($p=0,011$), тревогой по шкале Бэка ($p=0,02$). Значимая корреляция была выявлена между КВК и дифференцированной шкалой «Самочувствие» по опроснику «САН» ($p=0,04$), таблица 9.

Таблица 9 – Параметрический корреляционный анализ между уровнем конфликтного поведения и психоэмоциональным состоянием

	КВК	Тревога HADS	Депрессия HADS	Тревога Бэка	«Самочувствие»	«Активность»	«Настроение»
КВК		0,011*	0,09	0,02*	0,04*	0,11	0,14
Тревога HADS	0,011*		0,45	0,41	0,002*	0,123	0,125
Депрессия HADS	0,09	0,45		0,6	0,11	0,08	0,02*
Тревога Бэка	0,02*	0,41	0,6		0,09	0,11	0,06
«Самочувствие»	0,04*	0,002*	0,11	0,09		0,18	0,54
«Активность»	0,11	0,123	0,08	0,11	0,18		0,18
«Настроение»	0,14	0,125	0,02*	0,06	0,54	0,18	

Также корреляционный анализ выявил устойчивую значимую корреляцию между параметрами шкалы тревоги HADS и дифференцированной шкалой «Самочувствие» опросника «САН» ($p=0,002$), а также параметрами шкалы депрессии HADS и дифференцированной шкалой «Настроение» опросника «САН» ($p=0,02$), свидетельствующая, что у пациентов выраженность психологического состояния оказывает влияние на причинно-следственное конфликтное взаимодействие.

Для выявления явных симптомов тревоги и депрессии в раннем стационарном периоде необходимо усовершенствование

диагностики этих состояний, так как она осложняется тем, что пациенты, находясь в условиях стационара, оценивают свое состояние как удовлетворительное по объективным признакам (круглосуточное наблюдение медицинского персонала, физический покой, обеспеченной лекарственными препаратами). В работе с пациентами кардиологического профиля целесообразно осуществлять комплексную оценку состояния для проведения психокоррекционной работы, а также создать условия для персонализированного подхода к каждому пациенту. Необходимо использовать мероприятия, которые будут направлены непосредственно на снятие эмоционального напряжения, так как значение именно этих психологических характеристик является важным условием понимания внутренних факторов, обуславливающих конфликтное поведение.

Межличностные противоречия проявляются в трудностях и проблемах взаимодействия с окружающими в различных сферах отношений: семейных, профессиональных, дружеских, формальных и пр. Для их изучения была использована методика Лири (1954 г.). Результаты анализа характеристик межличностных конфликтов представлены в таблице 10.

Таблица 10 – Выраженность характеристик межличностных отношений (среднее значение $M \pm m$)

Типы межличностных отношений	Вся группа	Мужчины	Женщины	p
Авторитарный	5,0±1,7	4,7±1,7	5,3±1,8	0,032*
Эгоистичный	4,1±1,1	4,1±1,1	3,9±1,0	0,52
Агрессивный	4,3±1,9	4,5±1,9	4,0±1,7	0,47
Подозрительный	3,7±1,5	3,6±1,4	3,7±1,4	0,72
Подчиняемый	4,7±2,0	4,9±2,1	4,5±1,9	0,23
Зависимый	4,6±2,2	4,6±2,2	4,8±2,3	0,000*
Дружелюбный	5,9±2,7	5,9±2,7	5,7±2,5	0,000*
Альтруистический	6,5±3,9	6,5±3,9	6,4±3,7	0,49
Основные параметры				
Доминирование	1,8±4,5	1,6±4,6	2,1±4,7	0,02*
Дружелюбие	4,1±4,2	4,5±4,3	3,2±4,2	0,000*
Примечание:* - статистически значимые межгрупповые различия ($p > 0,05$)				

Анализ результатов тестирования показал, что ведущей характеристикой межличностных отношений у пациентов кардиологического профиля является альтруизм (6,5±3,9) - проявление в сострадании, симпатии, заботе, отзывчивость и бескорыстность по отношению к другим. Высокий уровень дружелюбия (5,9±2,7) проявляется, прежде всего, склонностью к сотрудничеству, компромиссу при решении проблем в конфликтных ситуациях. В умеренной степени выражены эгоистичный (4,1±1,1), подозрительный (3,7±1,5) и агрессивный (4,3±1,9) тип отношений. Это проявляется в критичном отношении ко всем социальным явлениям и окружающим людям, а также в упрямстве, настойчивости, склонности к соперничеству.

Преобладание в общем индексе дружелюбия ($4,1 \pm 4,2$) по сравнению с доминированием ($1,8 \pm 4,5$) указывает на умеренную выраженность проблем в межличностной сфере и является показателем стремления к установлению дружелюбных отношений и сотрудничеству с окружающими.

При сравнении мужчин и женщин результат исследования показал, что мужчины обладали более эгоистичным, агрессивным, подчиняемым типом межличностных отношений, тогда как женщины обладали более выраженным авторитарным, подозрительным и зависимым типом отношений. По основным параметрам у женщин преобладало доминирование, что свидетельствует о выраженном желании к лидерству в общении, доминировании. Тогда как у мужчин более выражено дружелюбие, что проявляется в стремлении помогать, чувствовать себя в центре внимания, проявлять теплоту и дружелюбие в отношениях.

Полученные данные показывают, что в системе межличностных отношений не столько отмечается конфликтность, сколько дисгармоничность, проявляющаяся в неспособности открыто выразить негативные чувства по отношению к окружающим, отстаивать собственные интересы, отмечается нерешительность и несамостоятельность в межличностных отношениях, склонность уступать.

Исследуемые в большей степени ориентированы на одобрение со стороны окружающих, что значительно затрудняет выражение собственных интересов и требований конструктивным способом.

Выводы по второй главе

Исследование проводилось в три этапа, в соответствии с поставленной целью и задачами.

Первый этап – организационно-подготовительный. Определение теоретико-методологических основ исследования; подбор, анализ и обобщение научно-методической литературы.

Второй этап – опытно-экспериментальный. Непосредственное проведение исследования.

Третий этап – итогово-обобщающий. Проведение количественного и качественного анализа полученных данных, проверка гипотезы.

Для решения поставленных задач применялись следующие методы исследования: клинико-психологический, экспериментально-психологический (психометрический) и статистический методы. Клинико-психологический метод был представлен картой клинических и социально-психологических показателей, анализом историй болезни и интервью с пациентами. Экспериментально-психологический (психометрический) метод включал психодиагностические инструменты определения выраженности психоэмоционального состояния, интенсивности внутриличностного и межличностного конфликтов. Статистический метод включил: сравнительный анализ.

Для проведения настоящего исследования была разработана психолого-диагностическая анкета, включающая 2 блока: социальный и психологический аспекты.

Для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики применялась Шкала, разработанная Зигмонд А.С. и Снайт Р.в 1983 г. Для скрининга тревоги и оценки степени её выраженности применялась Шкала тревоги Бека (англ. The Beck Anxiety Inventory, сокр. ВАI). Для определения выраженности различных внутриличностных конфликтов применялся тест для выявления уровня внутриличностной конфликтности (Шипилов А.И., 1999). Для изучения взаимоотношений субъектов в малых группах была использована методика исследования межличностных отношений Лири (создана Т.Лири, Г.Лефоржем, Р.Сазеком в 1954 г.).

По результатам нашего клинико-психологического обследования установлено, что в целом обследуемые характеризуют свое текущее самочувствие (на момент обследования) как удовлетворительное. При этом, пациенты высказывают тревожные мысли и опасения по поводу предстоящей операции и своего здоровья в целом. Как правило, большинство из обследуемых перенесли инфаркт миокарда, что привело к возникновению тревожно-фобических реакций и ожидания внезапного ухудшения состояния.

При этом, комплексная оценка тревоги и депрессии у всей группы исследуемых показала, что у большей части пациентов статистически достоверно отсутствуют симптомы тревоги и депрессии. Анализ гендерных различий по шкале HADS показал, что мужчины оказались более устойчивыми по показателю клинически выраженной тревоги

При анализе оценки тревоги и депрессии в зависимости от наличия у пациентов сопутствующей патологии, отягощающей основное заболевание, выявлено, что при сочетании основного заболевания и артериальной гипертензии отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии по госпитальной шкале HADS преобладало у мужчин, тогда как среди женщин преобладает тревога и депрессия клинически выраженная, по сравнению с мужчинами.

Результаты выраженности внутриличностных конфликтов показали, что у исследуемой группы общая напряженность внутриличностных конфликтов выражена в умеренной степени. Выявленные внутриличностные конфликты отмечались в трех сферах личности: в самооценке; в сфере мотивации в должествовании. Исследование особенностей внутриличностных конфликтов у мужчин и у женщин показало, что у женщин наиболее выражен уровень конфликтности по всем шкалам по сравнению с мужчинами. Анализ конфликтных сфер личности показал, что у мужчин интенсивность по шкале «самооценка» выше по сравнению с женщинами. У женщин статистически значимо выше показатели шкалы «должествования».

Анализ результатов тестирования на выявление межличностной конфликтности показал, что ведущей характеристикой межличностных отношений у пациентов кардиологического профиля является альтруизм и дружелюбие. В умеренной степени выражены эгоистичный, подозрительный и агрессивный тип отношений.

В работе с пациентами кардиологического профиля целесообразно осуществлять комплексную оценку состояния для проведения психокоррекционной работы, а также создать условия для персонализированного подхода к каждому пациенту. Необходимо использовать мероприятия, которые будут направлены непосредственно на снятие эмоционального напряжения, так как значение именно этих психологических характеристик является важным условием понимания внутренних факторов, обуславливающих конфликтное поведение.

ГЛАВА 3. ОПЫТНО-ЭКСПЕРЕМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И УРОВНЯ КОНФЛИКТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

3.1 Программа психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля

При оказании психологической помощи пациентам важно создать комплексную программу, которая будет включать в себя психообразовательную часть, психокоррекционную, а также психореабилитационную. По результатам настоящего исследования, психологическая работа должна осуществляться с целью снижения тревожно- фобических переживаний, преодоления реакций на болезнь, формирование гармоничного отношения к себе и окружающим [76, с. 2].

Стрессовая чрезвычайная ситуация - неблагоприятные условия внешней и внутренней среды жизни человека, которые приводят к возникновению стресса – состояния повышенного психологического напряжения, что влечет за собой нарушение гомеостаза (саморегуляции, способности организма человека сохранять постоянство своего внутреннего состояния посредством скоординированных реакций, направленных на поддержание динамического равновесия) [25, с. 259].

Стресс проявляется как конфликт между предъявленными требованиями среды и реакцией человека.

На углубленном уровне стресс имеет 3 стадии развития:

- реакция тревоги (мобилизация ограниченных адаптационных возможностей организма человека),
- стадия сопротивляемости организма человека,
- стадия истощения организма человека.

Определённые перспективы при оказании психологической помощи имеет обращение к психологическим ресурсам личности.

Как показало наше исследование, в работе с пациентами целесообразно осуществлять комплексный подход в осуществлении психокоррекционной работы. Необходимо использовать техники, которые направлены на снятие эмоционального напряжения. К таким, прежде всего, относятся элементы когнитивной психокоррекции и элементов поведенческой терапии (релаксационные методики). Важно осуществляться также и просветительскую работу, направленную на психообразование пациентов, обучение саморелаксационным техникам. Особое внимание следует уделить работе с мотивацией пациентов на лечение и реабилитацию.

При осуществлении психокоррекционной работы необходимо учитывать половые и возрастные особенности пациента. Наиболее эффективен интегрированный биопсихосоциальный подход, применяемый по отношению к каждому больному, непрерывно [22, с. 120].

Актуальность программы. Первоочередным мероприятием психологического сопровождения является: проведение психологом экспресс-диагностики текущего состояния человека для решения

неотложных вопросов, связанных с эвакуацией, медицинскими назначениями, оценкой прогноза. Если прогноз благоприятный для оказания психологической помощи, то психолог проводит экспресс-диагностику текущего состояния клиента для последующей психологической коррекции.

Для женщин актуальным являются депрессивно-ипохондрические, тревожно-фобические переживания, нестабильный эмоциональный фон. Для коррекции этих состояний применяются такие методы, как когнитивно-поведенческая, рациональная психотерапия, релаксационные методики, аутогенная тренировка, дыхательно-релаксационный тренинг.

При работе с мужчинами особенно важно уделить внимание формированию адекватной внутренней картины болезни, преодоления анозогнозических установок, повышение комплаентности.

При работе с пациентами более старшего возраста следует исключить применение сложных методик, направленных на устранение установок, убеждений, оценки информации. Целесообразно осуществить эмоциональную поддержку, эмпатию, стараться снизить психологический дискомфорт и чувство отчужденности.

Цели программы:

1. Коррекция психологического напряжения.
2. Коррекция эмоционального состояния.
3. Снижение уровня возможной конфликтности в связи с неустойчивым психоэмоциональным состоянием.

4. Поиск и выработки адекватных действий.

Задачи программы:

1. Развитие информационно-теоретической компетенции у пациентов кардиологического профиля по теме «Психоэмоциональное напряжение и конфликтное поведение».

2. Обучение пациентов приемам саморегуляции негативных эмоциональных состояний.

3. Развитие мотивации и системы профилактики тревожных и стрессовых ситуаций у пациентов кардиологического профиля.

Принципы работы:

1. Конфиденциальность.

2. Активность.

3. Здесь и сейчас.

4. Искренность.

5. Открытость.

Сроки реализации программы: общая продолжительность программы составляет 16 часов. Занятия проводятся 2 раз в день, продолжительностью 2 академических часа. Занятия индивидуальные или групповые (4-6 человек).

Используемые методы и методики:

– методика диагностики оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (САН),

– госпитальная шкала тревоги и депрессии Зигмонд А.С. и Снайт Р. Шкала тревоги Бека,

– тест для выявления уровня внутриличностной конфликтности (Шипилов А.И., 1999),

– методика исследования межличностных отношений Лири (создана Т. Лири, Г. Лефоржем, Р. Сазеком в 1954 г.).

Условия проведения: занятия проводятся на базе медицинской организации учреждения в индивидуальной или групповой форме; занятия могут проводиться под музыкальное сопровождение, что способствует расслаблению, включенности в работу, снятию психологических барьеров, мышечно-двигательных зажимов, повышению настроения.

Материально-техническое оснащение.

- просторное помещение (аудитория),
- столы и стулья из расчета на группу,
- магнитофон и аудиозаписи, компьютер, проектор,
- бумага, цветные карандаши, фломастеры, шариковые ручки.

Участники программы: пациенты, находящиеся на стационарном лечении.

Предполагаемые результаты:

1. Повышение уровня информационно-теоретической компетентности пациентов.
2. Овладение пациентами психотехническими приемами саморегуляции негативных эмоциональных состояний.
3. Повышение самооценки, стрессоустойчивости, работоспособности, снижение уровня тревожности, эмоциональной напряженности.
4. Снижение уровня внутриличностной конфликтности, агрессивности в коллективе

Структура занятий

В плане каждого занятия предусмотрены следующие части:

1. Вводная часть, которая включает в себя постановку проблемы и разминочные упражнения.
2. Основную часть, которая занимает большую часть времени.
3. Заключительная часть.

Содержание занятий.

Занятие 1. Оценка собственного психоэмоционального состояния и поведения в конфликтной ситуации.

Цели мероприятия: Познакомить с понятием психоэмоционального состояния, конфликтного поведения, симптомами его проявления, этапами формирования, причинами возникновения и способами коррекции

Форма организации мероприятия: семинар-практикум с элементами тренинга.

Наглядный и раздаточный материал: презентация, бланки для работы, цветные карандаши, фломастеры, листы белой и цветной бумаги.

1. Приветствие присутствующих.
2. Теоретическая часть: усвоение сущности понятий «тревога», «стресс», «конфликт», «конфликтная ситуация», «инцидент», развитие умения нравственного самопознания, самоанализа.
3. Практическая часть: дискуссия, анкетирование.

Тестирование «Диагностика оперативной оценки самочувствия, активности и настроения»,

Опросник для выявления и оценки тяжести тревоги и депрессии

Тестирование «Уровень внутриличностной конфликтности»

Тестирование «Исследование межличностных отношений Лири»

1. Упражнение «Рисунок страха»

Набросайте список ваших страхов. Пишите первое, что приходит в голову. Перечислите тридцать страхов. Запишите, о чем вы тревожитесь, что наводит на вас такой ужас, что страшно даже написать эти слова на бумаге. Возьмите карандаш или фломастер и рядом с самыми пугающими чувствами и мыслями сделайте небольшие рисунки. Изобразите каждый сильный страх графически.

2. Рефлексивная деятельность

Занятие 2. Уровень психоэмоционального состояния и конфликтности личности.

Цели мероприятия: сбор анкет, помощь в проведении анкетирования, если оно вызвало затруднения при заполнении бланков.

Форма организации мероприятия: семинар-практикум с элементами тренинга.

Наглядный и раздаточный материал: презентация, бланки для работы, цветные карандаши, фломастеры, листы белой и цветной бумаги.

Приветствие присутствующих.

Теоретическая часть: Закрепление понятий «психоэмоциональное напряжение», «спор», «конфликт», «конфликтная ситуация», «инцидент», развитие умений самоанализа и самооценки на примере результатов самотестирования. Знакомство с правилами поведения для конфликтных людей.

Практическая часть: беседа (вопросы)

В чем может проявляться психоэмоциональное напряжение?

В чем сходство и различие понятий спор и конфликт?

Что такое конфликтная ситуация?

Приходилось ли вам попадать в конфликтную ситуацию?

С какими людьми вы чаще всего конфликтуете? Почему?

Что чаще всего для вас является причиной конфликта?

Можно ли разрешить конфликт, не ущемляя права и чувство достоинства всех людей, задействованных в конфликте?

Были ли вы свидетелями такого успешного разрешения конфликта?

Что мешает вам или другим людям разрешать конфликты с пользой для обеих сторон?

Заключительная часть: Знакомство с правилами поведения для конфликтных людей, выполнение которых помогает не провоцировать конфликты.

Не стремитесь доминировать во что бы то ни стало.

Будьте принципиальны, но не боритесь ради принципа.

Помните, что прямолинейность хороша, но не всегда.

Критикуйте, но не критиканствуйте.

Чаще улыбайтесь.

Традиции хороши, но до определенного предела.

Во всем надо знать меру.

Сказать правду тоже надо уметь!

Будьте независимы, но не самонадеянны.

Не превращайте настойчивость в назойливость.

Будьте справедливы и терпимы к людям. Не переоценивайте свои способности и возможности и не умаляйте способности и возможности других.

Не проявляйте инициативу там, где в ней не нуждаются.

Реализуйте себя в творчестве, а не в конфликтах.

Проявляйте выдержку, овладевайте умениями саморегуляции.

Уважение к людям, знание правил ведения спора, дискуссии, правил общения помогают предотвращать ненужные конфликты. Но есть еще и специальные правила предупреждения конфликтов:

Не говорите сразу со взвинченным, возбужденным человеком.

Прежде чем сказать о неприятном, постарайтесь создать доброжелательную атмосферу, отметьте заслуги человека, его хорошие дела.

Постарайтесь посмотреть на проблему глазами оппонента, постарайтесь “встать на его место”.

Не скрывайте доброго отношения к людям, чаще высказывайте одобрение своим товарищам, не скупитесь на похвалу.

Умейте заставить себя молчать, когда вас задевают в мелкой ссоре, будьте выше мелочных разборок!

Рефлексивная деятельность.

Обучение дыхательным упражнениям.

Дыхание на счёт 7–11.

Помогает снять сильное физическое напряжение, не выходя из стрессовой ситуации. Дышите очень медленно и глубоко, причём так, чтобы весь цикл дыхания занимал около 20 секунд. Возможно, вначале вы почувствуете затруднение. Но не надо напрягаться. Считайте до 7 при вдохе и до 11 при выдохе.

Необходимость настолько растягивать дыхание требует полной концентрации внимания. Глубокий вдох смягчает напряжение, которое неизбежно появляется в межрёберных мышцах. Растянутый во времени выдох расслабляет живот. Если вы почувствовали лёгкое головокружение, впервые попробовав этот способ, в следующий раз сократите период полного цикла и дышите менее глубоко.

Упражнение «Ваши ценные качества»

Противостоит присущей тенденции критиковать себя, подкрепляет веру в себя конкретными, позитивными утверждениями.

Составьте список ваших, безусловно, ценных качеств. Можно внести в него и какие-то из перечисленных ниже пунктов:

Я забочусь о своей семье.

Я — хороший друг.

Я достиг кое-чего в жизни. Я помогаю людям.

Я хочу добиться успеха.

Я признаю свои ошибки.

Я стараюсь вести себя интеллигентно.

Я стараюсь не совершать больше ошибок, которые делал прежде.

Я довольно привлекателен.

Я талантлив в некоторых областях.

Я стараюсь жить в нравственной чистоте и быть добрым к людям.

Я стал лучше понимать себя.

Напишите этот список на листе бумаге и всегда носите его с собой. Когда вы почувствуете себя подавленно, достаньте его и сосредоточьте внимание на своих сильных сторонах. Приведите примеры своего положительного поведения. Ещё лучше рассказать их вслух или записать.

Занятие 3. «Учимся разрешать конфликты».

Цели мероприятия: Обработка анкет, беседа по результатам проведенного анкетирования

Форма организации мероприятия: семинар-практикум с элементами тренинга.

Наглядный и раздаточный материал: презентация, бланки для работы, цветные карандаши, фломастеры, листы белой и цветной бумаги.

Приветствие присутствующих.

Теоретическая часть: Усвоение правил разрешения конфликтов, развитие умений анализировать конфликтные ситуации и разрешать конфликты.

Практическая часть: беседа. Слушателям предлагается вспомнить правила поведения для конфликтных людей и правила предупреждения конфликта.

Способы и правила разрешения конфликта.

Разрешение конфликта – это процесс нахождения взаимоприемлемого решения проблемы, имеющего общую значимость для участников конфликта, и на этой основе гармонизация их отношений.

Способы разрешения конфликта (юмор, “психологическое поглаживание”, компромисс, анализ ситуации, “третейский” суд, ультиматум, подавление партнера и разрыв связи).

Правила разрешения конфликта:

анализ конфликтной ситуации,

разрешение конфликта.

4.Рефлексивная деятельность.

5. Обучение технике мышечной релаксации.

Техника прогрессивной мышечной релаксации разработана американским врачом Э. Джекобсоном в 1920-е гг. Она основывается на простом физиологическом факте: после напряжения любой мышцы начинается период ее автоматического расслабления. С учетом этого и была разработана методика, согласно которой, чтобы добиться глубокой расслабленности тела, нужно сначала на 10-15 сек сильно напрячь мышцы, а затем в течение 15-20 сек сконцентрироваться на возникшем чувстве расслабления в них.

Упражнения:

Начните с того, чтобы сосредоточиться на своем дыхании на несколько минут. Дышите медленно и спокойно, думайте о чем-нибудь приятном. После этого можно приступать к мышечным упражнениям, работая над различными группами мышц.

Руки. Максимально плотно и сильно сожмите руку. Вы должны почувствовать напряжение в кисти и предплечье. Расслабьте руку на выдохе, концентрируясь на возникающем чувстве облегчения. То же самое повторите для другой руки. Если вы правша, начинать стоит с правой руки, если левша – левой.

Шея. Откиньте голову назад, медленно поворачивайте ею из стороны в сторону, затем расслабьтесь. Притяните плечевые суставы высоко к ушам и в таком положении наклоняйте подбородок к груди.

Лицо. Поднимите брови как можно выше, широко откройте рот (как будто изображаете чувство сильного удивления). Плотно закройте глаза, нахмурьтесь и наморщите нос. Сильно сожмите челюсти и отведите уголки рта назад.

Грудь. Сделайте глубокий вдох и задержите дыхание на несколько секунд, затем расслабьтесь и вернитесь к нормальному дыханию.

Спина и живот. Напрягите мышцы брюшного пресса, сведите лопатки и выгните спину.

Ноги. Напрягите передние и задние мышцы бедра, держа колено в напряжённом полусогнутом положении. Максимально потяните на себя ступню и разогните пальцы. Вытяните голеностопный сустав и сожмите пальцы ступни.

Сделайте 3-4 повтора комплекса. Каждый раз, когда вы даете отдых только что напряженным мышцам, обращайтесь внимание то, как это приятно и как вы хорошо себя чувствуете расслабленным. Многим людям это помогает справляться со стрессом и беспокойством.

Упражнение «Непротивление».

Если вас раздражает какой-то человек или какая-то конкретная ситуация, постарайтесь думать об этом как об источнике неприятной энергии. Эта негативная энергия воздействует на ваши чувства так же, как и громкий звук на ваши уши. Затем вообразите, что вы стали неуязвимы: представьте перед собой щит, от которого "отскакивает" ранящая вас энергия. Или что вы "потеряли" её, что она прошла сквозь вас совершенно безболезненно, наподобие космических лучей, постоянно пронизывающих наше тело. А если кто-то говорит вам неприятные вещи, критикует, представьте, что негативные слова "пролетают" над вашей головой, даже не задевая вас.

Занятие 4. «Стили разрешения конфликтов».

Цели мероприятия: Беседа по результатам проведенного анкетирования.

Форма организации мероприятия: семинар-практикум с элементами тренинга.

Наглядный и раздаточный материал: презентация, бланки для работы, цветные карандаши, фломастеры, листы белой и цветной бумаги.

Приветствие присутствующих.

Теоретическая часть: Продолжение знакомства с различными стилями разрешения конфликтов; углубления самопонимания путем выявления своего собственного стиля, характерного для поведения в конфликте.

3. Практическая часть: беседа.

Постановка и анализ проблемных вопросов (ситуаций).

Стили разрешения конфликта.

Существует пять основных стилей разрешения конфликта. Для наиболее удачного исхода в проблемной ситуации необходимо не только знать стили разрешения конфликтов, но и владеть ими: стиль конкуренции, стиль уклонения, стиль приспособления, стиль сотрудничества, стиль компромисса.

4. Практическая работа. Упражнение “Разногласие”.

В качестве основы для упражнения может послужить ситуация конфликта из художественной литературы или фильма, телепередачи, реальная жизненная ситуация. Два добровольца в присутствии группы играют роли выбранных персонажей, демонстрируя разногласия, а затем стараются достичь взаимопонимания, применяя принципы управления конфликтом, изложенные выше.

5. Рефлексивная деятельность.

Занятие 5. Управление конфликтом.

Цели мероприятия: Беседа по результатам проведенного анкетирования

Форма организации мероприятия: семинар-практикум с элементами тренинга.

Наглядный и раздаточный материал: презентация, бланки для работы, цветные карандаши, фломастеры, листы белой и цветной бумаги.

Приветствие присутствующих.

Теоретическая часть: Рассмотрение способов конструктивного поведения в конфликте, методов управления конфликтом, роли эмоций в динамике конфликта; развитие навыков творческого разрешения конфликтных ситуаций.

Практическая часть: беседа.

Динамика конфликта.

В динамике конфликта, т.е. в его протекании как процесса, выделяют следующие четыре основные стадии:

Возникновение объективной конфликтной ситуации.

Осознание участниками существования конфликтной ситуации.

Переход к конфликтному поведению.

Разрешение конфликта.

Конструктивное разрешение конфликта.

Конструктивное разрешение конфликтов является источником развития личности человека; оно способствует обогащению внутреннего мира человека и его социального опыта.

Рекомендации для конструктивного разрешения конфликта.

Принципы управления конфликтом.

Контроль эмоций.

Техника «Простые утверждения».

Повторение коротких, простых утверждений позволяет справиться с эмоциональным напряжением. Вот несколько примеров:

Сейчас я чувствую себя лучше.

Я могу полностью расслабиться, а потом быстро собраться.

Я могу управлять своими внутренними ощущениями.

Я справлюсь с напряжением в любой момент, когда пожелаю.

Жизнь слишком коротка, чтобы тратить её на всякие беспокойства.

Что бы ни случилось, я постараюсь сделать всё от меня зависящее, чтобы избежать стресса.

Внутренне я ощущаю, что у меня всё будет в порядке.

Постарайтесь придумать свои собственные формулировки. Делайте их краткими и позитивными; избегайте негативных слов типа "нет" и "не получается". Очень важно повторение. Повторяйте свои утверждения ежедневно по несколько раз вслух или записывайте на бумаге.

Занятие 6. Самооценка и внутриличностный конфликт.
Система психологической защиты.

Цели мероприятия: Беседа по результатам проведенного анкетирования.

Форма организации мероприятия: семинар-практикум с элементами тренинга.

Наглядный и раздаточный материал: презентация, бланки для работы, цветные карандаши, фломастеры, листы белой и цветной бумаги.

Приветствие присутствующих.

Теоретическая часть: Знакомство с понятиями “самооценка адекватная”, “неадекватная”. Связь самооценки с возникновением конфликтов внешних и внутренних. Характеристика основных форм

психологической защиты: замещение, регрессия, вытеснение, отрицание, проекция, компенсация, рационализация

Практическая часть: беседа.

Степень конфликтности личности определяет специфика ее самооценки. Неадекватные самооценки гораздо более способствуют развитию внутриличностного конфликта.

Неадекватная завышенная самооценка порождает противоречия между знаниями о реальных достижениях и ожиданиями человека. В связи с этим противоречием может сложиться подозрительный и тревожный характер, который будет наделен разной степенью агрессивности человека. Агрессивная личность всегда готова конфликтовать.

Неадекватная заниженная самооценка формирует постоянное чувство неполноценности, такой человек сильно подвержен стрессам и даже нервным и психическим расстройствам. В поведении это выражается в нерешительности и колебаниях перед какими-либо конкретными действиями.

Внутренние конфликты – это отражение в жизни взрослого человека неудачно решенных внешних конфликтов ребенка.

Психологическая защита и ее формы (вытеснение (подавление), регрессия, замещение (сублимация), отрицание, проекция, рационализация (интеллектуализация)).

Психологическая игра «А кроме того...»

Эта игра — прекрасное лекарство от недовольства, апатии и плохого настроения. Инструкция: порою каждому хочется на что-нибудь пожаловаться или поворчать. Иногда плохо, потому что

понедельник, иногда — потому что идет дождь, иногда — потому что отменили физкультуру и так далее.

Разбейтесь на пары и встаньте друг напротив друга. Вы можете тут же начать рассказывать друг другу о неприятных или обидных вещах и жаловаться на жизнь, что есть сил. Говорите друг другу фразы, начинающиеся всегда с одних и тех же слов: «А кроме того...». Имеет смысл продолжать это упражнение 2–3 минуты.

Упражнение: «Вопросы самому к себе»

Нейтрализует средства, блокирующие ощущение счастья, путём создания новых перспектив в ситуациях прессинга.

Когда вы подозреваете, что преувеличиваете значение какой-то проблемы, задайте себе следующие вопросы:

Это на самом деле такое Большое Дело?

Подвергается ли в данный момент риску что-либо по-настоящему важное для вас?

Действительно ли это хуже, чем то, что было прежде?

Покажется ли это вам таким же важным через две недели?

Стоит ли это того, чтобы так переживать?

Стоит ли за это умереть?

Что самое худшее может случиться и смогу ли я справиться с этим?

Занятие 7. «Ролевые и внутриличностные конфликты».

Цели мероприятия: Беседа по результатам проведенного анкетирования.

Форма организации мероприятия: семинар-практикум с элементами тренинга.

Наглядный и раздаточный материал: презентация, бланки для работы, цветные карандаши, фломастеры, листы белой и цветной бумаги.

Приветствие присутствующих.

Теоретическая часть: Влияние “роли” на формирование и развитие личности, на взаимодействие с другими людьми; возникновение внешних и внутренних конфликтов в связи с преобладающим типом реагирования.

Практическая часть: беседа.

Рассматриваются варианты внутриличностных конфликтов.

Психологическое айкидо (борьба: техника амортизации).
Разбор примеров ситуаций.

Знакомство с техникой медитации.

Наиболее общее определение понятия «медитация» в психологических словарях звучит так: «прием психической тренировки, при котором происходит интенсивное, проникающее вглубь размышление, погружение в предмет, идею, которое достигается путем сосредоточения на одном объекте». Собранные в этом блоке рекомендации касаются того, как провести сеанс визуальной медитации самостоятельно. Визуальная медитация – вариация традиционной медитации, которая основывается на использовании не только визуальных смыслов, но и чувств: вкуса, осязания, обоняния и звука. При использовании ее в качестве техники для релаксации, визуализация включает в себя воображаемую сцену, в которой вы чувствуете себя свободным от напряженности и тревоги.

Комплекс упражнений:

Выберите тихое и уединенное место, ничто не должно вас отвлекать. Займите удобное положение. Не рекомендуется лежать, лучше сесть на полу, в кресло или попробовать сидеть в позе лотоса.

Выберите точку фокуса. Она может быть внутренней – мнимая сцена, или внешней – пламя свечи. Следовательно, глаза могут быть открытыми или закрытыми. В начале очень сложно сконцентрироваться и избегать отвлекающих мыслей, поэтому точка фокусировки должна быть сильным смыслом, понятным и четким, чтоб в любой момент вы могли к ней вернуться.

Точка фокуса обязательно должна быть чем-то успокаивающим для вас. Это может быть тропический пляж на закате дня, лесная поляна или фруктовый сад в деревне рядом с домом бабушки и дедушки, где вы бывали в детстве. Визуальную медитацию можно делать в тишине, а можно включить расслабляющую музыку или аудиозапись с подсказками к медитации.

Старайтесь максимально задействовать все ваши чувства. Например, ваша точка фокуса – лес. Представьте, что вы идете по поляне, а холодная роса попадает вам на ноги, вы слышите пение многих птиц, чувствуете запах сосны, вдыхаете чистый воздух полной грудью. Картинка должна быть максимально живой. Медитируйте 15-20 минут.

Помните, релаксация не избавит вас от проблем, но поможет расслабиться и отвлечься от несущественных деталей, чтоб позже с новой силой взяться за решение.

Занятие 8. Деловая игра: Умеем ли мы общаться?

Цели мероприятия: Завершение психокоррекционной программы. Рефлексивная деятельность.

Форма организации мероприятия: семинар-практикум с элементами тренинга.

Наглядный и раздаточный материал: презентация, бланки для работы, цветные карандаши, фломастеры, листы белой и цветной бумаги.

Приветствие присутствующих.

Практическая часть: беседа.

Ведущий. Мы с вами уже кое-что знаем о конфликтах и путях их разрешения. Но наш жизненный опыт еще мал, и порой некоторые ситуации ставят нас в тупик. Как же поступить, чтобы не произошло конфликта? Для этого давайте проверим, конфликтная ли вы личность, ответив на вопросы анкеты.

3. Анкета «Конфликтная ли вы личность?» (обсуждение результатов).

4. «Культурная беседа».

Ведущий. Два человека (из разных групп) садятся друг против друга. Письменно на бумаге в течение двух минут каждый должен изложить тему и цель разговора. Например, я хочу знать, какой фильм посмотрел мой собеседник в последний раз, и какое мнение у него сложилось об этом фильме.

(Ведущий просит построить свою беседу таким образом, чтобы можно было внимательно выслушать своего партнера, помочь ему раскрыть тему, а заодно и решить свои задачи, которые поставлены ими перед собой. Время диалога – 4 минуты.)

«Речевой этикет».

В речи культурного человека, умеющего общаться, обязательно должны быть слова вежливости. Вежливость – неотъемлемое качество общения. Давайте же поиграем в “Речевой этикет”. Играют три человека из разных групп (назвать слова приветствия, высказать просьбу, как начать знакомство, как извиниться в культурном обществе, слова утешения и ободрения, слова благодарности, как попрощаться, чтобы людям было приятно вновь встретить тебя).

Создание коллективного портрета приятного собеседника (партнера).

Какими же качествами характера должен обладать человек, который достоин подражания, которому всегда и во всем можно довериться? Создадим коллективный портрет человека, с которым приятно общаться ..., с которым неприятно общаться.

Составление правил общения и поведения во время общения.

Ведущий. Думаю, что после наших с вами занятий и после сегодняшней игры мы еще раз задумаемся о нашем отношении к себе и окружающим.

3.2 Анализ результатов опытно-экспериментального исследования

После применения программы психолого-педагогической коррекции психоэмоционального состояния и уровня конфликтности была проведена повторная диагностика. Можно отметить, что после обработки повторного тестирования, выраженность симптомов изменилась. Результаты диагностики

комплексной оценки тревоги и депрессии у пациентов кардиологического профиля представлены на рисунке 4.

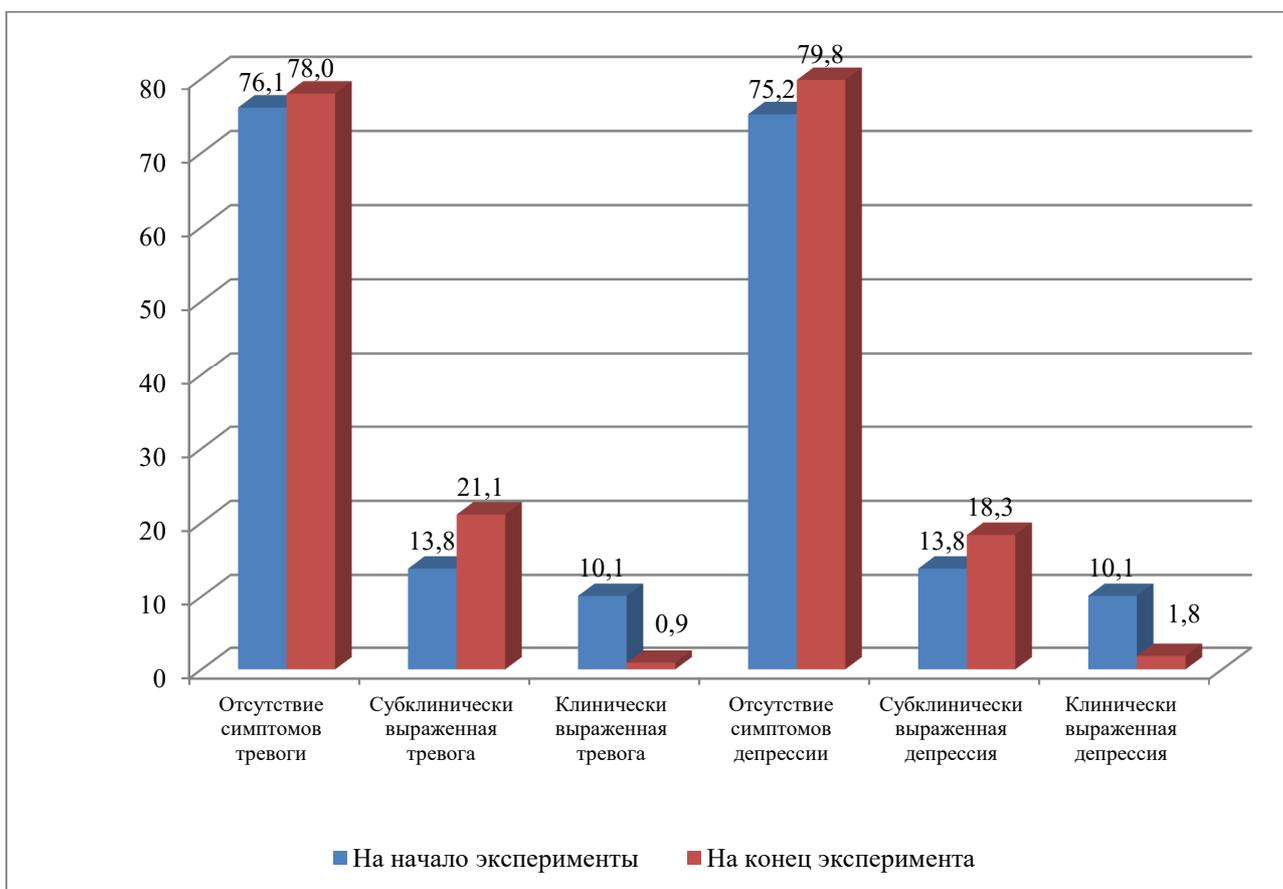


Рисунок 4 - Распределение показателей оценки тревоги и депрессии по госпитальной шкале HADS до и после реализации программы коррекции (%)

Как видно на рисунке 4, после психологической коррекции результаты оценки психоэмоционального состояния улучшились. Возросло количество пациентов с отсутствием симптомов тревоги и депрессии, путем уменьшения группы пациентов с выраженными признаками тревоги и депрессии. На момент поступления в стационар у 10,1% пациентов была клинически выраженная тревога и депрессия, к моменту выписки число пациентов данной категории снизилось до 0,9 и 1,8% соответственно. Группа пациентов с субклинически выраженной тревогой увеличилась с 13,8 до 21,1%, а

с субклинически выраженной депрессией – с 13,8 до 18,3 %. На конец эксперимента также увеличилась группа пациентов с отсутствием симптомов тревоги с 76,1 до 78,0% и депрессии – с 75,2 до 79,8%.

Для оценки статистической значимости различий показателей до и после проведения психокоррекционной программы был проведен статистический анализ результатов с помощью пакета прикладных программ SPSS Statistic (версия 20) для определения χ^2 Пирсона. Статистически значимые различия с высокой степенью достоверности были выявлены в группах больных по уровню тревоги ($p=0,006$), по уровню депрессии ($p=0,02$) с применением госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS.

Аналогичные результаты были получены при интерпретации показателей депрессии по шкале Бэка. Возросло количество пациентов с отсутствием депрессии, умеренной и выраженной депрессии. Пациентов с тяжелой депрессией не стало, однако, статистически значимых различий результатов до и после проведения эксперимента не было ($p=0,69$), рисунок 5.

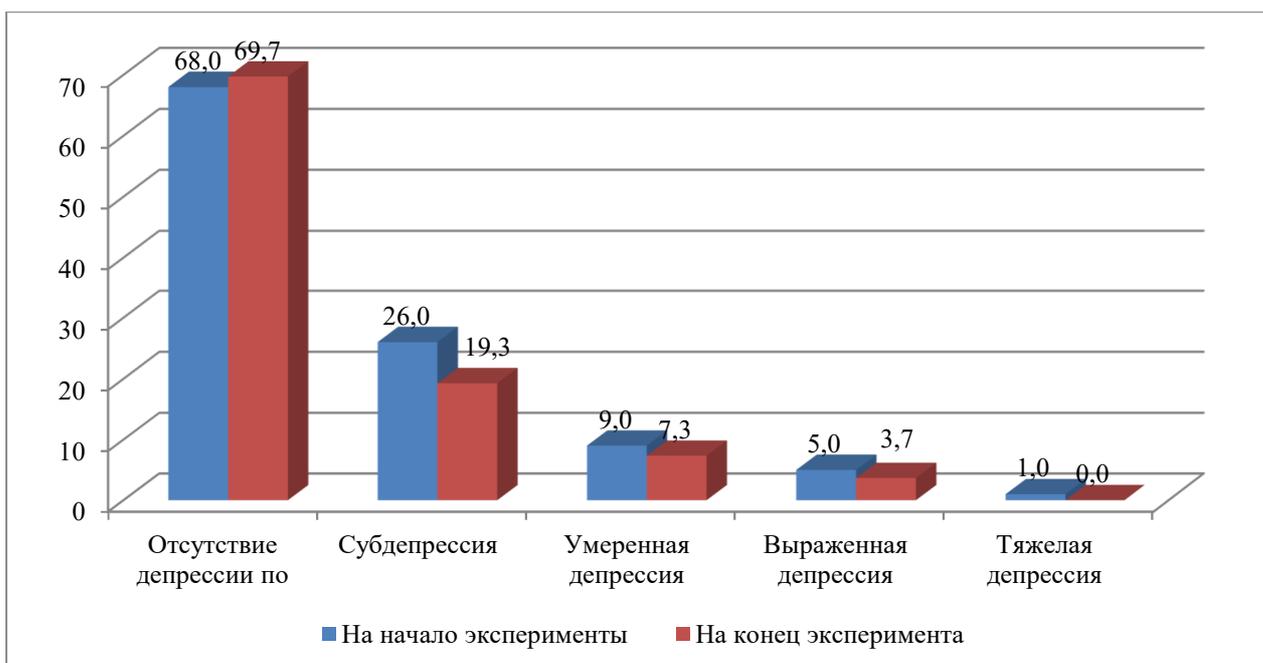


Рисунок 5 - Распределение показателей оценки депрессии по шкале Бека до и после реализации программы коррекции (%)
 Результаты сравнительного анализа по методике САН представлены на рисунке 6.

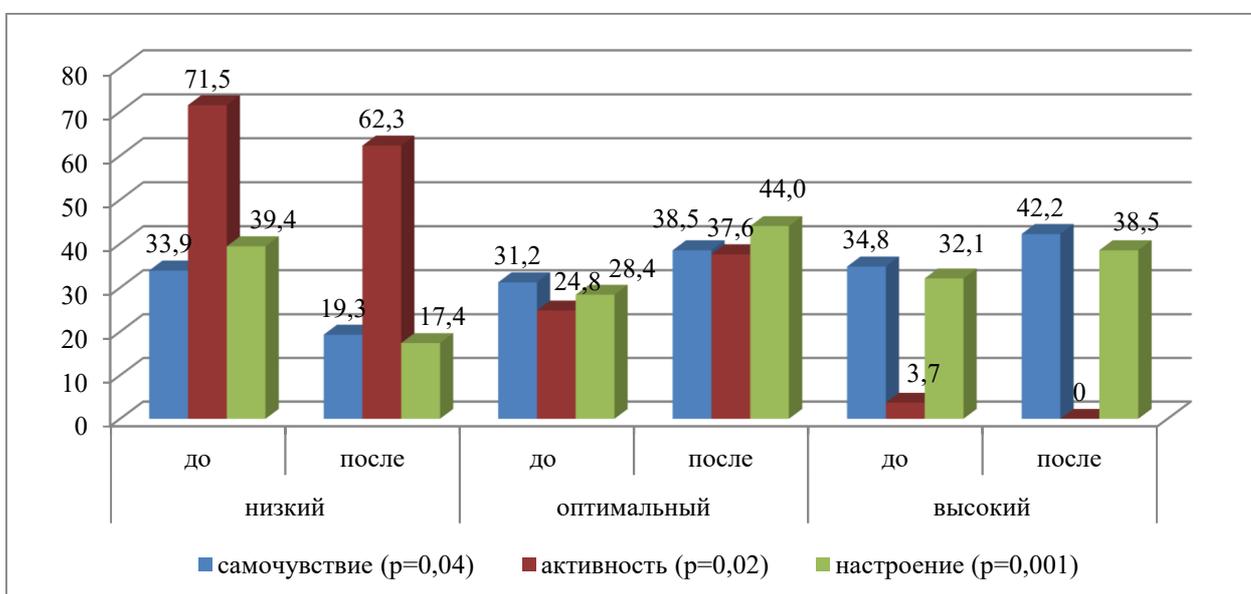


Рисунок 6 - Обобщенные результаты проведения методики САН до и после программы психокоррекции эмоционального состояния
 Сравнительный анализ результатов оценки функционального состояния пациентов с использованием теста САН показал, что

статистически значимые различия были выявлены по всем трем шкалам методики. При интерпретации результатов по шкале «Самочувствие» выявлено уменьшение числа пациентов с низким уровнем степени оценки своего состояния (с 33,9 до 19,3%), увеличение числа лиц с оптимальным с 31,2 до 38,5%, а также увеличение количества пациентов с высоким уровнем оценки своего состояния с 34,8 до 42,2%, ($p=0,04$).

Оценка результатов по шкале «Активность» показала, что произошли следующие изменения: снижение количества пациентов с низким уровнем оценки состояния с 71,5 до 62,3%, увеличение числа пациентов с оптимальным уровнем с 24,8 до 37,6%. Однако, никто из опрошенных после проведения психокоррекционной программы, не отметил высокий уровень оценки своего состояния, что связано с проведением медицинских исследований и оперативных вмешательств ($p=0,02$).

Анализ результатов в динамике по шкале «Настроение» показал, что почти в половину снизилось количество пациентов с низким уровнем оценки состояния с 39,4 до 17,4%, а количество пациентов с оптимальным уровнем и высоким – увеличилось (с 28,4 до 44,0% и с 32,1 до 38,5% соответственно) ($p=0,001$).

Проведенная программа психологической коррекции психоэмоционального состояния показала положительную динамику, способствующая выравниванию и стабилизации настроения в совокупности с проведенным лечением, так как при анализе функционального состояния важны не только значения отдельных его показателей, но и их соотношение.

3.3 Технологическая карта внедрения результатов исследования психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля

Первый этап «Целеполагание внедрения инновационной технологии по коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля».

1. Изучение нормативно-правовой документации, Федеральных Законов и Законов РФ, Закона об образовании, Закона об охране здоровья граждан, Постановлений Правительства РФ в области образования и безопасности среды и личности в РФ, документации медицинской организации.

Цель: изучить нормативно-правовую документацию по предмету внедрения (Программа психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля).

Методы: рассмотрение, обсуждение, анализ, изучение документации и нормативных источников по теме, мониторинг.

Формы: анализ литературных источников, работа помощником психолога в медицинской организации, осуществление психологического сопровождения в медицинской организации, самообразование, обучение на факультете психологии ЧГПУ.

2. Выдвижение и обоснование целей внедрения Модели.

Цель: сформулировать цели внедрения программы психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля.

Методы: разработка «Дерева целей» исследования, анализ, создание модели и программы, обсуждение материалов по цели внедрения Программы, работа психологической службы медицинской организации.

Формы: работа психологической службы медицинской организации, консультация с научным руководителем и администрацией медицинской организации, наблюдение, беседа.

3. Изучение и анализ содержания этапов внедрения Программы, ее задач, принципов, критериев и показателей эффективности.

Цель: разработать этапы внедрения Программы психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля.

Методы: анализ состояния конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля, анализ Модели и программы внедрения, анализ готовности медицинской организации к инновационной деятельности по внедрению модели.

Формы: работа психологической службы медицинской организации, совещание, анализ документации, работа по составлению Программы внедрения.

4. Анализ уровня подготовленности коллектива к внедрению инноваций, анализ работы медицинской организации по теме внедрения (психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля) подготовка методической база внедрения Программы.

Цель: разработать программно-целевой комплекс внедрения программы психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля.

Методы: Анализ состояния конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля, анализ Модели и программы внедрения, анализ готовности медицинской организации к инновационной деятельности по внедрению модели.

Формы: работа психологической службы медицинской организации, совещание, анализ документации, работа по составлению Программы внедрения.

Второй этап «Формирование положительной психологической установки на внедрение Программы психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля».

1. Формирование готовности внедрить Программу в медицинскую организацию, психологический подбор и расстановка субъектов внедрения. Цель: выработать состояние готовности к освоению предмета внедрения у администрации медицинской организации и заинтересованных субъектов внедрения.

Методы: обоснование практической значимости внедрения, тренинги (развития, готовности к инновационной деятельности, внедрения), беседы, обсуждения, популяризация идеи внедрения Программы.

Формы: индивидуальные беседы с заинтересованными субъектами внедрения Программы, работа психологической службы

медицинской организации, участие в семинарах со смежной тематикой.

2. Пропаганда передового опыта по внедрению инновационных технологий в медицинской организации и их значимости для медицинской организации, значимости и актуальности внедрения Программы.

Цель: сформировать положительную установку на предмет внедрения Программы у коллектива медицинской организации.

Методы: беседы, обсуждение, семинары.

Формы: беседы, семинары, изучение передового опыта внедрения инновационных технологий в медицинской организации.

3. Пропаганда передового опыта по внедрению инновационных технологий вне медицинской организации и их значимости для системы образования и здравоохранения, значимости и актуальности внедрения Программы для психологической безопасности общества.

Цель: сформировать уверенность по внедрению инновационной технологии в медицинской организации.

Методы: постановка проблемы, обсуждение, тренинг, консультации с научным руководителем диссертационного исследования.

Формы: беседы, консультации, самоанализ.

Третий этап «Изучение предмета внедрения «Программы психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля».

1. Изучение материалов и документов о предмете внедрения инновационной Программы и документации медицинской организации.

Цель: Изучить необходимые материалы и документы о предмете внедрения (психолого-педагогическая коррекция конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля).

Методы: фронтально. Формы: семинары, работа с литературой и информационными источниками.

2. Освоение системного подхода в работе над темой изучения предмета внедрения, его задач, принципов, содержания, форм и методов.

Цель: изучить сущность предмета внедрения инновационной программы в медицинской организации.

Методы: фронтально и в ходе самообразования.

Формы: семинары, тренинги (развития, готовности к инновационной деятельности).

3. Освоение системного подхода в работе над темой.

Цель: изучить методику внедрения темы Программы.

Методы: фронтально и в ходе самообразования.

Формы: семинары, тренинги (целеполагания, внедрения).

Четвёртый этап: «Опережающее (пробное) освоение предмета внедрения «Программы психолого-педагогической конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля».

1. Определение состава инициативной группы, организационная работа, исследование психологического портрета субъектов внедрения.

Цель: создать инициативную группу для опережающего внедрения темы.

Методы: наблюдение, анализ, консультирование, собеседование, обсуждение.

Формы: работа психологической службы медицинской организации, тематические мероприятия.

2. Изучение теории предмета внедрения, теории систем и системного подхода, методики внедрения.

Цель: закрепить и углубить знания и умения, полученные на предыдущем этапе.

Методы: самообразование, научно-исследовательская работа, обсуждение.

Формы: беседы, консультации, работа психологической службы медицинской организации.

3. Анализ создания условий для опережающего внедрения инновационной Программы.

Цель: обеспечить инициативной группе условия для успешного освоения методики внедрения Программы коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля.

Методы: анализ создания условий для опережающего внедрения инновационной Программы.

Формы: изучение состояния дел в медицинской организации по теме внедрения Программы, обсуждения, экспертная оценка, самооценка.

4. Работа инициативной группы по новой методике.

Цель: проверить методику внедрения Программы.

Методы: изучение состояния проблемы в медицинской организации, внесение изменений и дополнений в программу.

Формы: изучение состояния дел в медицинской организации, внесение изменений и дополнений в программу.

Пятый этап «Фронтальное освоение предмета внедрения «Программы психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля».

1. Анализ работы инициативной группы по внедрению Программы.

Цель: активизировать педагогический коллектив медицинской организации на внедрение инновационной Программы коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля.

Методы: сообщение о результатах работы по инновационной технологии, тренинги (внедрения, готовности к инновационной деятельности), работа психологической службы медицинской организации.

Формы: совещание, работа психологической службы медицинской организации.

2. Обновление знаний о предмете внедрения Программы, теории систем и системного подхода, методики внедрения.

Цель: развить знания и умения, сформированные на предыдущем этапе.

Методы: обмен опытом внедрения инновационных программ, самообразование, тренинги (готовности к инновационной деятельности, саморегуляции), работа психологической службы медицинской организации.

Формы: наставничество, консультации, работа психологической службы медицинской организации, семинар.

3. Анализ состояния условий для фронтального внедрения программы в медицинской организации.

Цель: обеспечить условия для фронтального внедрения инновационной Программы коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля.

Методы: изучение состояния проблемы в медицинской организации по теме внедрения Программы, обсуждения, работа психологической службы медицинской организации.

Формы: работа психологической службы медицинской организации, производственное собрание, анализ документов медицинской организации.

4. Фронтальное освоение Программы психолого-педагогической коррекции. Цель: освоить всем педагогическим коллективом предмет внедрения (Программа психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля).

Методы: наставничество, обмен опытом, анализ и корректировка технологии внедрения Программы.

Формы: работа психологической службы медицинской организации, консультации, работа методического отдела.

Шестой этап «Совершенствование работы над темой психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля».

1. Совершенствование знаний и умений по системному подходу.

Цель: совершенствовать знания и умения, сформированные на предыдущем этапе.

Методы: наставничество, обмен опытом, корректировка методики.

Формы: конференция, конгресс по теме внедрения, анализ материалов, работа психологической службы медицинской организации.

2. Анализ зависимости конечного результата по 1-му полугодю от создания условий для внедрения Программы.

Цель: Обеспечить условия совершенствования методики работы по внедрению Программы.

Методы: анализ состояния проблемы в медицинской организации по теме внедрения Программы, доклад.

Формы: совещание, анализ документации медицинской организации, работа психологической службы медицинской организации.

3. Формирование единого методического обеспечения освоения внедрения Программы.

Цель: совершенствовать методику освоения внедрения Программы коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля.

Методы: анализ состояния проблемы в медицинской организации по теме внедрения Программы, методическая работа.

Формы: работа психологической службы медицинской организации, методическая работа.

Седьмой этап «Распространение передового опыта освоения внедрения «Программы психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля».

1. Изучение и обобщение опыта работы медицинской организации по инновационной технологии.

Цель: изучить и обобщить опыт внедрения инновационной технологии.

Методы: наблюдение, изучение документов медицинской организации, посещение семинаров.

Формы: работа психологической службы медицинской организации, стенды, буклеты, дополнительные формы работы.

2. Обучение психологов и педагогов других медицинских организаций работе по внедрению Программы.

Цель: осуществить наставничество над другими медицинскими организациями, приступающими к внедрению Программы.

Методы: наставничество, обмен опытом, консультации, семинары.

Формы: выступление на семинарах, работа психологической службы медицинской организации.

3. Пропаганда внедрения Программы в районе/городе.

Цель: осуществить пропаганду передового опыта по внедрению Программы в медицинской организации.

Методы: выступления на семинарах, конференциях, конгрессах, научная деятельность.

Формы: участие в конференциях, конгрессах, написание статей и научной работы по внедрению Программы.

4. Обсуждение динамики работы над темой, научная работа по теме внедрения Программы.

Цель: сохранить и углубить традиции работы над темой, сложившееся на предыдущих этапах.

Методы: наблюдение, анализ, работа психологической службы медицинской организации, научная деятельность.

Формы: семинары, написание научной работы, статей по теме внедрения Программы.

Выводы по третьей главе

Разработанная программа психокоррекции психоэмоционального состояния и конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля направлена на снижение тревожно-депрессивных расстройств и коррекции конфликтного поведения, улучшить настроение и самочувствие в процессе преодоления негативных эмоций в период стационарного лечения и в ближайший, после выписки.

Участвуя в психокоррекционной программе, пациенты научились анализировать свои взаимоотношения с окружающими, контролировать свое поведение в конфликтных ситуациях, освоили методы и приемы самовосстановления, снизили уровень психоэмоционального напряжения.

Проведенная программа психологической коррекции психоэмоционального состояния показала положительную динамику, способствующая выравниванию и стабилизации настроения в совокупности с проведенным лечением, так как при анализе

функционального состояния важны не только значения отдельных его показателей, но и их соотношение.

Как показало наше исследование, при работе с пациентами целесообразно проводить комплексный подход в проведении психокоррекционной работы. Необходимо использовать приемы, направленные на снятие эмоционального напряжения. К ним относятся, прежде всего, элементы когнитивной психокоррекции и элементы поведенческой терапии (техники релаксации). Также важно проводить просветительскую работу, направленную на психообразование пациентов, обучение техникам саморелаксации. Особое внимание следует уделить работе с мотивацией пациентов к лечению и реабилитации. При проведении психокоррекционной работы необходимо учитывать половые и возрастные особенности пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При изучении психологических особенностей пациентов кардиологического профиля важную роль играет комплексный подход к изучению личности. Большое внимание уделяется исследованию личностных особенностей, копинг-стратегий, специфики психоэмоциональных состояний пациентов.

В настоящей работе было проведено исследование, направленное на выявление и сравнение особенностей психоэмоциональных состояний, а также уровня интенсивности внутриличностного и межличностного конфликтного поведения у мужчин и женщин.

Анализ результатов состояния психоэмоциональной сферы у пациентов кардиологического профиля показал, что женщины, в отличие от мужчин наиболее склонны к развитию и формированию расстройств в эмоциональной сфере. Наиболее часто у женщин встречается клинически выраженная тревога, а также умеренная и выраженная форма депрессии. Среди женщин, имеющих сопутствующую патологию чаще встречаются клинически выраженные формы тревоги и депрессии.

Исследование выявления особенностей внутриличностного конфликтного поведения у мужчин и женщин показало различную интенсивность по всем шкалам опросника. Вероятность возникновения внутриличностного конфликта связано с гендерной спецификой установок личности по отношению к самореализации.

Внутриличностные конфликты могут возникнуть под влиянием многих факторов: личностных и ситуативных.

Полученные данные показали, что в системе межличностных отношений не столько отмечается конфликтность, сколько дисгармоничность, проявляющаяся в неспособности конфронтировать, отстаивать собственные интересы в отношениях с окружающими, отмечается нерешительность и несамостоятельность в межличностных отношениях, склонность уступать. Однако у них отмечаются значительные межличностные трудности, преимущественно связанные с неуверенностью. Исследуемые в большей степени ориентированы на одобрение со стороны окружающих, что значительно затрудняет выражение собственных интересов и требований конструктивным способом.

Выявленные особенности межличностных отношений у больных указывают на наличие трудностей взаимодействия с окружающими, высокую оценку собственной неуверенности, заботливости, уступчивости.

В соответствии с описанными нарушениями психоэмоционального состояния, уровней межличностных отношений можно сделать вывод о необходимости психокоррекционной работы, создания условий для персонализированного подхода к каждому пациенту.

При оказании психологической помощи пациентам кардиологического профиля во время пребывания в стационаре важно применять комплексный подход, который будет включать в себя психообразовательную часть, психокоррекционную и

психореабилитационную. Результаты настоящего исследования показали, что психокоррекционная работа с данной категорией пациентов должна осуществляться с целью снижения тревожных переживаний, преодоления напряженных реакций в общении в малых группах, формирования гармоничного отношения к себе.

Несмотря на то, что тревожно-депрессивные расстройства выявились у меньшего количества исследуемых пациентов, выявление явных симптомов тревоги и депрессии в периоде стационарного лечения осложняется тем, что пациенты находятся в условиях стационара и оценивают свое состояние как удовлетворительное по объективным признакам. При анализе литературных данных симптомы тревоги и депрессии у данной категории больных появляются после выписки, начиная с 10 дня. Таким образом, возникает необходимость стабилизации психоэмоционального состояния в момент поступления пациента на лечение, требующие активного сотрудничества пациента и специалиста, а также комплексные психокоррекционные мероприятия для предотвращения психоэмоциональных расстройств.

В период после выписки важны формирование адекватного отношения больного к здоровью, снятие психоэмоционального напряжения и стресса, а также формирование позитивных и оптимистических социальных установок для полноценной жизни.

Одними из важнейших направлений психологической поддержки можно считать формирование дальнейших ориентиров на здоровый образ жизни после проведенного лечения, стремление к

саморазвитию и самореализации, что приведет к быстрому восстановлению здоровья и трудоспособности.

Психокоррекционные воздействия должны проводиться с учетом особенностей индивидуально-личностного и психологического профилей, а также специфики межличностного взаимодействия пациента. В диалоге должны быть затронуты те проблемы, которые лежат в основе наиболее глубоких внутриличностных конфликтов. Их обсуждение обеспечивает снятие психоэмоциональной нагрузки, дает возможность переосмысления старых страхов и тревог и нахождение новых путей их возникновения.

Таким образом, цели работы достигнуты, задачи решены, гипотеза нашла свое подтверждение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аверина, К. Н. Связь самооценки со стилями поведения в конфликте у мужчин и женщин ранней взрослости [Текст] / К.Н. Аверина // Конфликтология. — 2018. — № 4. — С. 32-41.
2. Авксентьев, В. А. Региональная конфликтология: концепты и российская практика [Текст] : учебн. пособие / В.А. Авксентьев, Г.Д. Гриценко, А.В. Дмитриев. — Москва : Альфа-М, 2008. — 368 с.
3. Агеев, В. С. Межгрупповое взаимодействие: Социально-психологические проблемы [Текст] / В.С. Агеев. — Москва : Издательство Московского университета, 1990. — 240 с.
4. Айзенк, Г. Ю. Парадоксы психологии [Текст] / Г.Ю. Айзенк. — Москва : Эксмо, 2009. — 352 с.
5. Аллахвердова, О. В. Медиация как социально-психологический феномен [Текст] / О.В. Аллахвердова // Вестник Санкт-Петербургского университета. — 2007. — № 6 (2). — С. 151-159.
6. Анцупов, А. Я. Конфликтология [Текст] / А.Я. Анцупов, А.И. Шипилов. — 5-е изд. — Санкт-Петербург : Питер, 2014. — 512 с.
7. Бек, А. Когнитивная психотерапия расстройств личности [Текст] / А. Бек, А. Фримен. — Санкт-Петербург : Питер, 2002. — 544 с.
8. Белан, И. А. Психогенные реакции у кардиохирургических больных. Актуальность проблемы

[Электронный ресурс] / И.А. Белан, Л.Е. Ложникова, К.О. // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. — 2014. — № 4 (5). — С. 96-98. — Режим доступа: <http://medpsy.ru/climp>, свободный. – Загл. с экрана.

9. Бутузова, Ю. А. Психологическая сущность эмоционального состояния личности [Текст] / Ю.А. Бутузова // Омский научный вестник. — 2011. — № 5 (101). — С. 173-175.

10. Васильева, Н. Л. Психоаналитический подход в системе психологического сопровождения развития детей и подростков : специальность 19.00.13 «Психология развития, акмеология» : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора психологических наук [Текст] / Васильева Н.Л. // Санкт-Петербургский государственный университет. — Санкт-Петербург, 2007. — 45 с.

11. Великанов, А. А. Скрининг как способ оптимизации психолого-психотерапевтической помощи пациентам кардиологического стационара до и после кардиохирургического вмешательства [Текст] / А.А. Великанов, Ю.Л. Левашкевич, Ю.А. Матина, И.А. Зеленская // Трансляционная медицина. — 2014. — № 1. — С. 67-72.

12. Великанов, А. А. Структура и динамика эмоциональных состояний у больных ишемической болезнью сердца в период лечения в стационаре : специальность 19.00.04 «Медицинская психология» : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук [Текст] / Великанов А.А. // Санкт-

Петербургский государственный университет. — Санкт-Петербург, 2009. — 190 с.

13. Великанов, А. А. Организационные основы работы медицинского психолога в кардиологическом стационаре [Текст] / А.А. Великанов, Е.А. Демченко, И.А. Зеленская // Медицинская психология в России. — 2018. — № 3(50). — С. 1-10.

14. Вербицкий, Е. В. Психофизиология тревожности [Текст] / Е.В. Вербицкий. — Ростов-на-Дону : Издательство Ростовского университета, 2003. — 192 с.

15. Гришина, Н. В. Психология конфликта [Текст] / Н.В. Гришина. — 2-е изд. доп. и перераб. — Санкт-Петербург : Питер, 2008. — 544 с.

16. Гришина, Н. В. Психология межличностного конфликта : специальность 19.00.05 «Социальная психология» : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора психологических наук [Текст] / Гришина Н.В. // Санкт-Петербургский государственный университет. — Санкт-Петербург, 1995. — 42 с.

17. Давыдова, Ю. А. Исследование причинной обусловленности конфликтного поведения личности [Текст] / Ю.А. Давыдова // Вестник ТГУ. — 2008. — № 2 (58). — С. 397-402.

18. Довженко, Т. В. Расстройства тревожно-депрессивного спектра и синдром кардиальной боли при сердечно-сосудистых заболеваниях (клинико-психопатологические аспекты) [Текст] / Т.В. Довженко, М.В. Семиглазова, В.Н. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2011. — № 21 (4). — С. 5-13.

19. Долгова, В. И. Психологическая реабилитация по программе сан кардиологических больных с коморбидными заболеваниями [Текст] / В.И. Долгова // Актуальные проблемы полипатологии (материалы X Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 80-летию заслуженного деятеля науки РФ профессора Калева Олега Федоровича). — Челябинск : Перо, 2018. — С. 64-69.

20. Долгова, В. И. Развитие магистранта: личность, ценности, компетентность [Текст]: монография / В.И. Долгова, Н.Н. Ниязбаева. — Москва : Перо, 2015. — 124 с.

21. Долгова, В. И. Модель педагогической коррекции конфликтного поведения студентов в образовательной среде колледжа [Электронный ресурс] / В.И. Долгова, О.А. Кондратьева, Л.А. Сенчева // Научно-методический электронный журнал «Концепт». — 2018. — № 9. — С. 39-46. — Режим доступа: <http://e-koncept.ru/2018/181060.htm>, свободный. — Загл. с экрана.

22. Егидес, Е. Л. Психологическая коррекция конфликтного общения [Текст] / Е.Л. Егидес // Психологический журнал. — 2008. — № 5 (5). — С. 115-123.

23. Ильин, Е. П. Мотивация и мотивы [Текст] / Е.П. Ильин. — Санкт-Петербург : Питер, 2011. — 890 с.

24. Инадворская, Н. В. Изучение адаптационных поведенческих и когнитивных механизмов к тревоге, формирующейся при психических расстройствах различного уровня : специальность 14.00.18 «Психиатрия» : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук [Текст] / Инадворская

Н.В. // Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования Кыргызско-Российский славянский университет. — Бишкек, 2006. — 138 с.

25. Истратова, О. Н. Справочник по групповой психокоррекции [Текст] / О.Н. Истратова. — 2-е изд. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2008. — 443 с.

26. Калюжин, В. В. Факторы, влияющие на качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда [Текст] / В.В. Калюжин, А.Т. Тепляков, Д.Ю. Камаев // Кардиология. — 2001. — Т.41, №4. — С. 58.

27. Келли, Д. А. Теория личности (теория личностных конструктов) [Текст] : пер. с англ. / Д.А. Келли. — Санкт-Петербург : Речь, 2000. — 249 с.

28. Кириченко, А. А. Депрессия, беспокойство и сердечно-сосудистая система [Текст] / А.А. Кириченко // Лечащий врач. — 2002. — № 12/02. — С. 5-13.

29. Клецина, И. С. Гендерная идентичность и права человека: психологический аспект [Текст] / И.С. Клецина // Права человека и проблемы идентичности в России и в современном мире. — Санкт-Петербург : Норма, 2005. — С. 167-184.

30. Кравец, Г. В. Групповая психокоррекция конфликтного поведения [Текст] / Г.В. Кравец, Т.В. Темерешева // Россия в глобальном мире: вызовы и перспективы развития. — Йошкар-Ола : Издательство: Марийский государственный технический университет, 2011. — С. 279-280.

31. Лазарева, Е. Ю. Характеристики осознанной саморегуляции у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями [Текст] / Е.Ю. Лазарева, Е.Л. Николаев // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. — 2016. — № Т.12, № 1. — С. 120-132.
32. Левитов, Н. Д. О психических состояниях человека [Текст] / Н.Д. Левитов. — Москва : Просвещение, 1964. — 343 с.
33. Леонов, Н. И. Конфликты и конфликтное поведение. Методы изучения: учебное пособие [Текст] / Н.И. Леонов. — Санкт-Петербург : Питер, 2005. — 240 с.
34. Леонтьев, Д. А. Общее представление о мотивации поведения человека [Текст] / Д.А. Леонтьев // Психология в вузе. — 2004. — № 1. — С. 51-56.
35. Лысенко, И. С. Психологические конфликты у больных с неврологическими расстройствами : специальность 19.00.04 «Медицинская психология» : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук [Текст] / Лысенко И.С. // Место защиты: Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. — Санкт-Петербург, 2017. — 200 с.
36. Мещерякова, Б. Г. Большой психологический словарь [Текст] / Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. — Москва : Олма ПРЕСС, 2005. — 666 с.
37. Николаев, Е. Л. Психотерапия и психологическая помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями [Текст] / Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. — 2015. — Т.11, № 1. — С. 57-76.

38. Овчаренко, В. И. Психоаналитический глоссарий [Текст] / В.И. Овчаренко. — Минск : Высшая школа, 1994. — 307 с.
39. Организационные основы работы медицинского психолога в кардиологическом стационаре [Текст] / А.А. Великанов и др. // Медицинская психология в России. — 2018. — Т.10., № 3(50). — С. 1-10.
40. Организация кардиореабилитации в России. Результаты Пилотного проекта «Развитие системы реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в лечебных учреждениях субъектов Российской Федерации» [Текст] / М.Г. Бубнова и др. // Кардиосоматика. — 2016. — Т.7, № 3-4. — С.72-81.
41. Пантюк, И. В. Биологические и социально-психологические особенности лиц, страдающих депрессивными расстройствами [Текст] / И.В. Пантюк, Ю.В. Ермаленок // Психотерапия и клиническая психология. — 2007. — № 3 (22). — С. 30.
42. Пожариский, И. Внутрличностный конфликт [Электронный ресурс] / И. Пожариский // Содружество психологов и реабилитологов Ираклия Пожариского. — 2020. — № 3. — С. 51-59. — Режим доступа: <https://psyhoterapy.info/krisis/vnutrilichnostnyj-konflikt.html>, свободный. — Загл. с экрана.
43. Погосова, Н. В. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: современное состояние проблемы [Текст] / Н.В. Погосова, И.Х. Байчоров, Ю.М. Юферева, И.Е. Колтунов // Кардиология. — 2010. — Т.50, № 4. — С. 66-78.

44. Погосова, Г. В. Тревожные состояния у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: диагностические и терапевтические аспекты [Текст] / Г.В. Погосова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2006. — № 5(5). — С. 75-80.

45. Прохоров, А. О. Психология состояний [Текст] : учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности ВПО 030301 "Психология" / А.О. Прохоров. — Москва : Когито-Центр, 2011. — 623 с.

46. Репин, А. Н. Комплексная реабилитация пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами [Текст] / А.Н. Репин, Е.В. Лебедева, Т.Н. Сергиенко, Р.С. Карпов // Кардиосоматика. — 2010. — Т.1, № 1. — С. 51-55.

47. Розин, А. И. Депрессивные расстройства у пациентов кардиологического стационара [Текст] / А.И. Розин, Н.П. Гарганеева, Е.Д. Счастнй, А.Н. Репин // Сибирский медицинский журнал. — 2010. — Т.25, № 3. — С. 29-33.

48. Ромасенко, Л. В. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания [Текст] / Л.В. Ромасенко // Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика. — 2012. — № 1. — С. 8-11.

49. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии [Текст] / С.Л. Рубинштейн. — Санкт-Петербург : Питер, 2002. — 720 с.

50. Светлов, В. А. Аналитика конфликта [Текст]: учебное пособие / В.А. Светлов. — Санкт-Петербург : Росток, 2001. — 512 с.

51. Светлов, В. А. Конфликт: модели, решения, менеджмент [Текст] / В.А. Светлов. — Санкт-Петербург : Питер, 2005. — 540 с.
52. Светлов, В. А. Конфликтология [Текст]: учебное пособие / В.А. Светлов, В.А. Семенов. — Санкт-Петербург : Питер, 2011. — 352 с.
53. Смулевич, А. Б. Психосоматические реакции, коморбидные ишемической болезни сердца: психогенно спровоцированные инфаркты и ишемии миокарда [Текст] / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, А.А. Дробижев // Журнал неврологии и психиатрии. — 2004. — № 3. — С. 13-20.
54. Соловьева, С. Л. Медицинская психология. Новейший справочник практического психолога [Текст] / С.Л. Соловьева. — Санкт-Петербург : Сова, 2006. — 575 с.
55. Фестингер, Л. Теория когнитивного диссонанса [Текст] : пер. с англ. / Л. Фестингер. — Санкт-Петербург : Ювента, 1999. — 318 с.
56. Фрейд, З. Введение в психоанализ [Текст]: лекции: пер. с нем. / З. Фрейд. — Москва : Наука, 1991. — 546 с.
57. Фрейд, З. Психоанализ и детские неврозы [Текст] / З. Фрейд. — Москва : Наука, 1991. — 187 с.
58. Фромм, Э. Бегство от свободы. Человек для себя [Текст] : пер. с англ. / Э. Фромм. — Москва : АСТ Москва, 2006. — 571 с.
59. Хорни, К. Ваши внутренние конфликты [Текст] : пер. с англ. / К. Хорни. — Санкт-Петербург : Лань, 1997. — 237 с.

60. Хьелл, Л. Ваши внутренние конфликты [Текст] : пер. с англ. / Л. Хьелл, Д. Зиглер. — Санкт-Петербург : Питер Пресс, 1997. — 608 с.

61. Шкляев, А. Е. Диагностическое значение психоэмоциональных характеристик кардиологических пациентов [Текст] / А.Е. Шкляев, Р.А. Валиева, Л.А. Галялиева // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. — 2016. — № 4 (15). — С. 53-59.

62. Юденко, О. Н. Психологические причины конфликтов и конфликтного поведения [Текст] / О.Н. Юденко // Вестник красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. — 2006. — № 1. — С. 171-174.

63. Bokeria, L. A. Psychological factors and outcomes of coronary surgery [Текст] / L.A. Bokeria, Y.P. Zinchenko, M.G. Kiseleva // Psychology in Russia: State of the Art. — 2013. — № 6 (4). — P. 160-167.

64. Chatterjee, A. Study on the Impact of Communication System on Interpersonal Conflict [Текст] / A. Chatterjee, A.A. Kulakli // Procedia - Social and Behavioral Sciences. — 2015. — № 210. — P. 320-329

65. Study on the Factors Associated With Depressed Mood in Chronic Pain Patients: The Role of Intrapersonal Coping Resources [Текст] / Lacey Dolores [et.] // The Journal of Pain. — 2007. — № 8. — P. 256-262

66. Elovania, M. General Health Questionnaire (GHQ-12), Beck Depression Inventory (BDI-6), and Mental Health Index (MHI-5):

psychometric and predictive properties in a Finnish population-based sample [Текст] / M. Elovainio, C. Hakulinen, L. Pulkki-Råback, Anna-Mari Aalto // *Psychiatry Research*. — 2020. — № 289. — P. 345-349

67. Eysenk, M. W. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review [Текст] / M.W. Eysenk, H.P. McDonald, A.X. Garg, R.B. Haynes // *J.A.M.A.* . — 2002. — № 288 (22). — P. 2868-2879.

68. Henker, F. O. Psychosomatic illness: biochemical and physiological foundations [Текст] / F.O. Henker // *Psychosomatics*. — 2000. — № 25 (1). — P. 19-24.

69. Inoue, A. Interpersonal conflict and depression among Japanese workers with high or low socioeconomic status: Findings from the Japan Work Stress and Health Cohort Study [Текст] / A. Inoue, N. Kawakami // *Social Science & Medicine*. — 2010. — № 71. — P. 173-180.

70. Levy-Gigi, E. Help me if you can: Evaluating the effectiveness of interpersonal compared to intrapersonal emotion regulation in reducing distress [Текст] / E. Levy-Gigi, G. S. Simone // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. — 2017. — № 55. — P. 33-40.

71. Oronzo, Chialà. Relationships between exercise capacity and anxiety, depression, and cognition in patients with heart failure [Текст] / Chialà Oronzo, Vellone Ercole, Klompstra Leonie, A.O. Giorgio // *Heart & Lung*. — 2018. — № 47 (5). — P. 465-470.

72. Petraškienė, R. Associations of the quality of life and psychoemotional state with socio-demographic factors in patients with

psoriasis [Текст] / R. Petraškienė, S. Valiukevičienė, J. Macijauskienė // Medicina. — 2016. — № 52. — P. 238-243.

73. Rimé, B. Intrapersonal, interpersonal, and social outcomes of the social sharing of emotion [Текст] / B. Rimé, P. Bouchat, L. Paquot // Current Opinion in Psychology. — 2020. — № 31. — P. 127-134.

74. Sharafi, E. S. Prevalence of anxiety and depression in patients with overweight and obesity [Текст] / E.S. Sharafi, G. Garmaroudi, M. Ghafouri, S.A. Bafghi // Obesity Medicine. — 2020. — № 16. — P. 36-49.

75. Stepanyan, A. Features of cardiovascular regulation in negative psychoemotional conditions depending on personal conflict level [Текст] / A. Stepanyan, L. Stepanyan, V. Grigoryan // International Journal of Psychophysiology. — 2010. — № 77. — P. 273.

76. Zheng, X. Effect of exercise-based cardiac rehabilitation on anxiety and depression in patients with myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis [Текст] / X. Zheng, Y. Zheng, J. Ma, M. Zhang // Heart & Lung. — 2019. — № 48 (1). — P. 1-7.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)	Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)
<p>1. Я испытываю напряженность, мне не по себе</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 3 все время<input type="checkbox"/> 2 часто<input type="checkbox"/> 1 время от времени<input type="checkbox"/> 0 совсем не испытываю	<p>1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает такое же чувство</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 0 определенно, это так<input type="checkbox"/> 1 наверное, это так<input type="checkbox"/> 2 лишь в очень малой степени это так<input type="checkbox"/> 3 это совсем не так
<p>2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 3 определенно это так и страх очень велик<input type="checkbox"/> 2 да, это так, но страх не очень велик<input type="checkbox"/> 1 иногда, но это меня не беспокоит<input type="checkbox"/> 0 совсем не испытываю	<p>2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 0 определенно, это так<input type="checkbox"/> 1 наверное, это так<input type="checkbox"/> 2 лишь в очень малой степени это так<input type="checkbox"/> 3 совсем не способен
<p>3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 3 постоянно<input type="checkbox"/> 2 большую часть времени<input type="checkbox"/> 1 время от времени и не так часто<input type="checkbox"/> 0 только иногда	<p>3. Я испытываю бодрость</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 3 совсем не испытываю<input type="checkbox"/> 2 очень редко<input type="checkbox"/> 1 иногда<input type="checkbox"/> 0 практически все время
<p>4. Я легко могу сесть и расслабиться</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 0 определенно, это так<input type="checkbox"/> 1 наверное, это так<input type="checkbox"/> 2 лишь изредка это так<input type="checkbox"/> 3 совсем не могу	<p>4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 3 практически все время<input type="checkbox"/> 2 часто<input type="checkbox"/> 1 иногда<input type="checkbox"/> 0 совсем нет

<p>5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь</p> <p><input type="checkbox"/> 0 совсем не испытываю</p> <p><input type="checkbox"/> 1 иногда</p> <p><input type="checkbox"/> 2 часто</p> <p><input type="checkbox"/> 3 очень часто</p> <p><input type="checkbox"/> 1 иногда, но это меня не беспокоит</p> <p><input type="checkbox"/> 0 совсем не испытываю</p>	<p>5. Я не слежу за своей внешностью</p> <p><input type="checkbox"/> 3 определенно, это так</p> <p><input type="checkbox"/> 2 я не уделяю этому столько времени, сколько нужно</p> <p><input type="checkbox"/> 1 может быть, я стал меньше уделять этому внимания</p> <p><input type="checkbox"/> 0 я слежу за собой так же, как и раньше.</p>
<p>6. Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться</p> <p><input type="checkbox"/> 3 определенно, это так</p> <p><input type="checkbox"/> 2 наверное, это так</p> <p><input type="checkbox"/> 1 лишь в некоторой степени это так</p> <p><input type="checkbox"/> 0 совсем не испытываю</p>	<p>6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения</p> <p><input type="checkbox"/> 0 точно так же, как и обычно</p> <p><input type="checkbox"/> 1 да, но не в той степени, как раньше</p> <p><input type="checkbox"/> 2 значительно меньше, чем обычно</p> <p><input type="checkbox"/> 3 совсем так не считаю</p>
<p>7. У меня бывает внезапное чувство паники</p> <p><input type="checkbox"/> 3 очень часто</p> <p><input type="checkbox"/> 2 довольно часто</p> <p><input type="checkbox"/> 1 не так уж часто</p> <p><input type="checkbox"/> 0 совсем не бывает</p>	<p>7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы</p> <p><input type="checkbox"/> 0 часто</p> <p><input type="checkbox"/> 1 иногда</p> <p><input type="checkbox"/> 2 редко</p> <p><input type="checkbox"/> 3 очень редко</p>
<p>Сумма баллов по I части</p>	<p>Сумма баллов по II части</p>

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Тест депрессии Бэка

Инструкция. Выберите одно утверждение в каждой группе, которое лучше всего описывает Ваше состояние за прошедшую неделю, включая сегодняшний день. Обведите кружком номер утверждения, которое Вы выбрали. Если в группе несколько утверждений в равной мере хорошо описывают Ваше состояние, обведите каждое из них.

1	0 – Я не чувствую себя несчастным. 1 – Я чувствую себя несчастным. 2 – Я все время несчастен и не могу освободиться от этого чувства. 3 – Я настолько несчастен и опечален, что не могу этого вынести.
2	0 – Думая о будущем, я не чувствую себя особенно разочарованным. 1 – Думая о будущем, я чувствую себя разочарованным. 2 – Я чувствую, что мне нечего ждать в будущем. 3 – Я чувствую, что будущее безнадежно и ничего не изменится к лучшему.
3	0 – Я не чувствую себя неудачником. 1 – Я чувствую, что у меня было больше неудач, чем у большинства других людей. 2 – Когда я оглядываюсь на прожитую жизнь, все, что я вижу, это череды неудач. 3 – Я чувствую себя полным неудачником.
4	0 – Я получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше. 1 – Я не получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше. 2 – Я не получаю настоящего удовлетворения от чего бы то ни было. 3 – Я всем неудовлетворен, и мне все надоело.
5	0 – Я не чувствую себя особенно виноватым. 1 – Довольно часто я чувствую себя виноватым. 2 – Почти всегда я чувствую себя виноватым. 3 – Я чувствую себя виноватым все время.
6	0 – Я не чувствую, что меня за что-то наказывают. 1 – Я чувствую, что могу быть наказан за что-то. 2 – Я ожидаю, что меня накажут. 3 – Я чувствую, что меня наказывают за что-то.

7	<p>0 – Я не испытываю разочарование в себе.</p> <p>1 – Я разочарован в себе.</p> <p>2 – Я внушаю себе отвращение.</p> <p>3 – Я ненавижу себя.</p>
8	<p>0 – У меня нет чувства, что я в чем-то хуже других.</p> <p>1 – Я самокритичен и признаю свои слабости и ошибки.</p> <p>2 – Я все время виню себя за свои ошибки.</p> <p>3 – Я виню себя за все плохое, что происходит.</p>
9	<p>0 – У меня нет мыслей о том, чтобы покончить с собой.</p> <p>1 – У меня есть мысли о том, чтобы покончить с собой, но я этого не делаю.</p> <p>2 – Я хотел бы покончить жизнь самоубийством.</p> <p>3 – Я бы покончил с собой, если бы представился удобный случай.</p>
10	<p>0 – Я плачу не больше, чем обычно.</p> <p>1 – Сейчас я плачу больше обычного.</p> <p>2 – Я теперь все время плачу.</p> <p>3 – Раньше я еще мог плакать, но теперь не смогу, даже если захочу.</p>
11	<p>0 – Сейчас я не более раздражителен, чем обычно.</p> <p>1 – Я раздражаюсь легче, чем раньше, даже по пустякам.</p> <p>2 – Сейчас я все время раздражен.</p> <p>3 – Меня уже ничто не раздражает, потому что все стало безразлично.</p>
12	<p>0 – Я не потерял интереса к другим людям.</p> <p>1 – У меня меньше интереса к другим людям, чем раньше.</p> <p>2 – Я почти утратил интерес к другим людям.</p> <p>3 – Я потерял всякий интерес к другим людям.</p>
13	<p>0 – Я способен принимать решения так же, как всегда.</p> <p>1 – Я откладываю принятие решений чаще, чем обычно.</p> <p>2 – Я испытываю больше трудностей в принятии решений, чем прежде.</p> <p>3 – Я больше не могу принимать каких-либо решений.</p>
14	<p>0 – Я не чувствую, что я выгляжу хуже, чем обычно.</p> <p>1 – Я обеспокоен, что выгляжу постаревшим и непривлекательным.</p> <p>2 – Я чувствую, что изменения, происходящие в моей внешности, сделали меня непривлекательным.</p> <p>3 – Я уверен, что выгляжу безобразным.</p>
15	<p>0 – Я могу работать так же, как раньше.</p>

	<p>1 – Мне надо приложить дополнительные усилия, чтобы начать что-либо делать.</p> <p>2 – Я с большим трудом заставляю себя что-либо сделать.</p> <p>3 – Я вообще не могу работать.</p>
16	<p>0 – Я могу спать так же хорошо, как и обычно.</p> <p>1 – Я сплю не так хорошо, как всегда.</p> <p>2 – Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, чем обычно и с трудом могу заснуть снова.</p> <p>3 – Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и не могу снова заснуть.</p>
17	<p>0 – Я устаю не больше обычного.</p> <p>1 – Я устаю легче обычного.</p> <p>2 – Я устаю почти от всего того, что делаю.</p> <p>3 – Я слишком устал, чтобы делать что бы то ни было.</p>
18	<p>0 – Мой аппетит не хуже, чем обычно.</p> <p>1 – У меня не такой хороший аппетит, как был раньше.</p> <p>2 – Сейчас мой аппетит стал намного хуже.</p> <p>3 – Я вообще потерял аппетит.</p>
19	<p>0 – Если в последнее время я и потерял в весе, то очень немного.</p> <p>1 – Я потерял в весе более 2 кг.</p> <p>2 – Я потерял в весе более 4 кг.</p> <p>3 – Я потерял в весе более 6 кг.</p>
20	<p>0 – Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.</p> <p>1 – Меня беспокоят такие проблемы, как различные боли, расстройства желудка, запоры.</p> <p>2 – Я настолько обеспокоен своим здоровьем, что мне даже трудно думать о чем-нибудь другом.</p> <p>3 – Я до такой степени обеспокоен своим здоровьем, что вообще ни о чем не могу думать.</p>
21	<p>0 – Я не замечал каких-либо изменений в моих сексуальных интересах.</p> <p>1 – Я меньше, чем обычно интересуюсь сексом.</p> <p>2 – Сейчас я намного меньше интересуюсь сексом.</p> <p>3 – Я совершенно утратил интерес к сексу.</p>

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Тест для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения

Соотнесите свое состояние с рядом признаков по многоступенчатой шкале. Шкала состоит из индексов (3 2 1 0 1 2 3) и отметьте цифру, наиболее точно отражающую Ваше состояние в данный момент.

Положительная характеристика	3	2	1	0	1	2	3	Отрицательная характеристика
1. Самочувствие хорошее								Самочувствие плохое
2. Чувствую себя сильным								Чувствую себя слабым
3. Пассивный								Активный
4. Малоподвижный								Подвижный
5. Веселый								Грустный
6. Хорошее настроение								Плохое настроение
7. Работоспособный								Разбитый
8. Полный сил								Обессиленный
9. Медлительный								Быстрый
10. Бездеятельный								Деятельный
11. Счастливый								Несчастный
12. Жизнерадостный								Мрачный
13. Напряженный								Расслабленный
14. Здоровый								Больной
15. Безучастный								Увлеченный
16. Равнодушный								Взволнованный
17. Восторженный								Унылый

18. Радостный								Печальный
19. Отдохнувший								Усталый
20. Свежий								Изнуренный
21. Сонливый								Возбужденный
22. Желание отдохнуть								Желание работать
23. Спокойный								Озабоченный
24. Оптимистичный								Пессимистичный
25. Выносливый								Утомляемый
26. Бодрый								Вялый
27. Соображать трудно								Соображать легко
28. Рассеянный								Внимательный
29. Полный надежд								Разочарованный
30. Довольный								Недовольный

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Тест по выявлению уровня внутриличностной конфликтности

Внимательно прочитайте нижеперечисленные вопросы с ситуациями выбора.

Определите, как Вы обычно реагируете на необходимость такого выбора. Напротив каждого номера вопроса в графе «Варианты ответов» выберите **наиболее характерную для Вас реакцию на предполагаемую ситуацию** и отметьте любым знаком.

1. Если Вы пришли в гости, а там оказался человек, встреча с которым Вам неприятна, то Вы ...
2. Если Вы проиграли в лотерею большую сумму денег (а до этого часто выигрывали), то Вы ...
3. Если Вы стали свидетелем уличного происшествия и надо остаться и дать показания, но у Вас серьезная служебная (деловая) встреча, то Вы ...
4. Если Вы хотели добиться высоких результатов, а Вашу работу и усилия не оценили соответствующим образом, то Вы ...
5. Если Вам звонит милый человек противоположного пола, который Вам симпатичен и с которым Вы давно ждете встречи, но должны закончить очень важную работу, то Вы ...
6. Если по телевизору идет фильм, который Вы давно хотели посмотреть, а у Вас на руках билет на последний концерт Вашей любимой группы (певца и др.), то Вы... .
7. Если Вы надеялись на поддержку влиятельных людей, а оказалось, что они помогли другому, то Вы ...
8. Если Вы видите ссорящихся подростков, но по какой-то причине не вмешиваетесь, то Вы ...
9. Если, готовясь к соревнованиям, Вы должны работать на высокий результат, но у Вас не очень хорошее самочувствие, надо позаботиться о своем здоровье, то Вы ...
10. Если Вы хотите познакомиться с человеком, но не можете из-за своей скромности, то Вы ...
11. Если Вам не нравится какое-либо установленное правило, а хочется его нарушить, то Вы ...
12. Если Вам предстоит длительная поездка, хочется взять

побольше вещей, но все взять Вы не сможете, то Вы ...

13. Если работу или должность, к которой Вы стремились, досталась другому, то Вы ...

14. Если Вам поручено выступить перед аудиторией, но Ваш внешний вид Вас не удовлетворяет, то Вы ...

15. Если Вы обещали помочь другу, но это может отрицательно повлиять на Ваш служебный престиж, то Вы ...

16. Если Вы хотите убедить в чем-то собеседника, но Вы недостаточно осведомлены, то Вы ...

17. Если к Вам кто-нибудь неоднократно и бесцеремонно обращается с неуместными вопросами, и Вы хотите ответить грубостью, но должны сдерживать себя, то Вы ...

18. Чтобы купить необходимую вещь, Вам придется отстоять очень длинную очередь. Вы можете отказаться от своего намерения в покупке или можете встать в хвост очереди и томиться в ожидании. Что Вы чувствуете при этом?

19. Если противник, которого Вы считали слабым, не оставил Вам никаких шансов на победу, то Вы ...

20. Если Вы были грубы с близким Вам человеком, но по какой-то причине не хотите извиниться, то Вы ...

21. Если Вы выполняете срочную работу, а отец (мать, жена и т.п.) отвлекает Вас важным для себя вопросом, то Вы ...

22. Если Вы торопитесь домой, ждете автобус, но его нет, то Вы...

23. Если Вы едете за рулем автомобиля и Вам «показали хвост» (обогнали), а Вы хотите догнать «обидчика», но нарушать правила дорожного движения нельзя, то Вы...

24. В столовой Вам подали несвежее блюдо. Вы можете промолчать и остаться голодным или потребовать новое блюдо. Что Вы чувствуете в этой ситуации?

25. Если Вы обещали близкому человеку отказаться от вредной привычки, но не сдержали слово, то Вы...

26. Если Вы опаздываете на работу, то Вы...

27. Если, задержавшись на службе, Вы знаете, что дома будете выслушивать упреки со стороны близких, то Вы ...

28. Если в компании Вы хотите рассказать интересную, на Ваш взгляд, историю (анекдот), но Вас никто не слушает, то Вы ...?

29. Если Вас отправляют в командировку, а Вам не хочется

ехать, то Вы ...

30. Если Вы хотите пораньше уйти с работы, но могут быть из-за этого неприятности, то Вы ...

31. Если человек, казавшийся Вам надежным, не оправдал Ваших ожиданий, подвел Вас, то Вы ...

32. Если Вас оскорбил начальник, а Вы не можете ответить тем же по какой-либо причине, то Вы ...

33. Если Вы пообещали проводить друга на поезд, но у Вас дома кто-то заболел и Вы должны остаться с ним, то Вы ...

34. Если Вы хотите понравиться кому-то значимому для Вас, но это у Вас не получается, то Вы ...

35. Если Вам хочется съесть какое-то вкусное блюдо (выпить напиток), но Вы знаете, что от него у Вас могут быть проблемы со здоровьем, то Вы...

36. Если в соответствии со своими должностными обязанностями Вы должны помочь (оказать услугу) человеку, который ранее доставил Вам неприятности, то Вы...

Регистрационный бланк

№	Варианты ответов				
	Не переживаю	Слегка переживаю	Переживаю	В отчаянии	Открыто выражаю свои эмоции
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					

23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					
31.					
32.					
33.					
34.					
35.					
36.					

Ключ к тесту уровня внутриличностной конфликтности

Типы внутриличностного конфликта

1. Мотивационный конфликт – 6,12,18,24,30,35 _____
2. Моральный конфликт – 5,11,17,23,29,36 _____
3. Конфликт нереализованного желания – 4,10,16,22,28,34 _____
4. Роловой конфликт – 3,9,15,21,27,33 _____
5. Адаптационный конфликт – 1,8,14,20,26,32 _____
6. Конфликт неадекватной самооценки – 2,7,13,19,25,31 _____

Мотивация = 1+2+3 = _____

Должестование = 2+4+5 = _____

Самооценка = 3+5+6 = _____

КВК = _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Опросник для диагностики межличностных отношений, методика ДМО

Перед Вами опросник, содержащий различные характеристики. Следует внимательно прочесть каждую и подумать, соответствует ли она Вашему представлению о себе. Если "да", то поставьте в сетке регистрационного листа **любой знак**. Если "нет", то не делайте никаких пометок на регистрационном листе. Постарайтесь проявить максимальную внимательность и откровенность, чтобы избежать повторного обследования.

№		Какой Вы человек?	Каким бы Вы хотели быть?
1.	Умеет нравиться		
2.	Производит впечатление на окружающих		
3.	Умеет распоряжаться, приказывать		
4.	Умеет настоять на своем		
5.	Обладает чувством достоинства		
6.	Независимый		
7.	Способен сам позаботиться о себе		
8.	Может проявить безразличие		
9.	Способен быть суровым		
10.	Строгий, но справедливый		
11.	Может быть искренним		
12.	Критичен к другим		
13.	Любит поплакаться		
14.	Часто печален		
15.	Способен проявлять недоверие		
16.	Часто разочаровывается		

17.	Способен быть критичным к себе		
18.	Способен признать свою неправоту		
19.	Охотно подчиняется		
20.	Покладистый		
21.	Благодарный		
22.	Восхищающийся и склонный к подражанию		
23.	Уважительный		
24.	Ищущий одобрения		
25.	Способный к сотрудничеству, взаимопомощи		
26.	Стремится ужиться с другими		
27.	Доброжелательный		
28.	Внимательный и ласковый		
29.	Деликатный		
30.	Ободряющий		
31.	Отзывчивый к призывам о помощи		
32.	Бескорыстный		
33.	Способен вызывать восхищение		
34.	Пользуется уважением у других		
35.	Обладает талантом руководителя		
36.	Любит ответственность		
37.	Уверен в себе		
38.	Самоуверен и напорист		
39.	Деловитый, практичный		
40.	Соперничающий		
41.	Стойкий и крутой, где надо		
42.	Неумолимый, но беспристрастный		
43.	Раздражительный		
44.	Открытый и прямолинейный		
45.	Не терпит, чтобы им командовали		
46.	Скептичен		

47.	На него трудно произвести впечатление		
48.	Обидчивый, щепетильный		
49.	Легко смущается		
50.	Неуверенный в себе		
51.	Уступчивый		
52.	Скромный		
53.	Часто прибегает к помощи других		
54.	Очень почитает авторитеты		
55.	Охотно принимает советы		
56.	Доверчив и стремится радовать других		
57.	Всегда любезен в общении		
58.	Дорожит мнением окружающих		
59.	Общительный и уживчивый		
60.	Добросердечный		
61.	Добрый, вселяющий уверенность		
62.	Нежный и мягкосердечный		
63.	Любит заботиться о других		
64.	Щедрый		
65.	Любит давать советы		
66.	Производит впечатление значительности		
67.	Начальственно-повелительный		
68.	Властный		
69.	Хвастливый		
70.	Надменный и самодовольный		
71.	Думает только о себе		
72.	Хитрый		
73.	Нетерпим к ошибкам других		
74.	Расчетливый		
75.	Откровенный		
76.	Часто недружелюбен		
77.	Озлоблен		
78.	Жалобщик		
79.	Ревнивый		

80.	Долго помнит обиды		
81.	Самобичующий		
82.	Застенчивый		
83.	Безынициативный		
84.	Кроткий		
85.	Зависимый, несамостоятельный		
86.	Любит подчиняться		
87.	Предоставляет другим принимать решения		
88.	Легко попадает впросак		
89.	Легко поддается влиянию друзей		
90.	Готов довериться любому		
91.	Благорасположен ко всем без разбора		
92.	Всем симпатизирует		
93.	Прощает все		
94.	Переполнен чрезмерным сочувствием		
95.	Великодушен и терпим к недостаткам		
96.	Стремится помочь каждому		
97.	Стремящийся к успеху		
98.	Ожидает восхищения от каждого		
99.	Распоряжается другими		
100.	Деспотичный		
101.	Относится к окружающим с чувством превосходства		
102.	Тщеславный		
103.	Эгоистичный		
104.	Холодный, черствый		
105.	Язвительный, насмешливый		
106.	Злой, жестокий		
107.	Часто гневлив		
108.	Бесчувственный, равнодушный		
109.	Злопамятный		
110.	Проникнут духом противоречия		
111.	Упрямый		

112.	Недоверчивый и подозрительный		
113.	Робкий		
114.	Стыдливый		
115.	Услужливый		
116.	Мягкотелый		
117.	Почти никому не возражает		
118.	Навязчивый		
119.	Любит, чтобы его опекали		
120.	Чрезмерно доверчив		
121.	Стремится снискать расположение каждого		
122.	Со всеми соглашается		
123.	Всегда со всеми дружелюбен		
124.	Всех любит		
125.	Слишком снисходителен к окружающим		
126.	Старается утешить каждого		
127.	Заботится о других		
128.	Портит людей чрезмерной добротой		

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Тематическое планирование программы психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения у пациентов кардиологического профиля

№ п / п	Тема занятия	Цель занятия	Содержание	Кол- во часо в
1 .	Оценка собственного психо-эмоционального состояния и поведения в конфликтной ситуации	Познакомить с понятием психоэмоционального состояния, конфликтного поведения, симптомами его проявления, этапами формирования, причинами возникновения и способами коррекции;	Усвоение сущности понятий «тревога», «стресс», «конфликт», «конфликтная ситуация», «инцидент», развитие умения нравственного самопознания, самоанализа. Дискуссия. Задание для самостоятельной работы – анкетирование. Тестирование “Диагностика оперативной оценки самочувствия, активности и настроения” Опросник для выявления и оценки	2 часа

			<p>тяжести тревоги и депрессии</p> <p>Тестирование «Уровень внутриличностной конфликтности»</p> <p>Тестирование «Исследование межличностных отношений Лири»</p>	
2	<p>Уровень психо-эмоционального состояния и конфликтности личности.</p>	<p>Сбор анкет, помощь в проведении анкетирования, если оно вызвало затруднения при заполнении бланков</p>	<p>Закрепление понятий «психо-эмоциональное напряжение» “спор”, “конфликт”, “конфликтная ситуация”, “инцидент”, развитие умений самоанализа и самооценки на примере результатов само тестирования. Знакомство с правилами поведения для конфликтных людей. Дыхательные упражнения</p> <p>Упражнение: «Ваши ценные качества»</p> <p>Упражнение: «Рисунок страха»</p>	2 часа

3	Учимся разрешать конфликты.	Обработка анкет, беседа по результатам проведенного анкетирования	Усвоение правил разрешения конфликтов, развитие умений анализировать конфликтные ситуации и разрешать конфликты. Мышечная релаксация Упражнение «Непротивление»	2 часа
4	Стили разрешения конфликтов.	Беседа по результатам проведенного анкетирования	Продолжение знакомства с различными стилями разрешения конфликтов; углубления самопонимания путем выявления своего собственного стиля, характерного для поведения в конфликте.	2 часа
5	Управление конфликтом	Беседа по результатам проведенного анкетирования	Рассмотрение способов конструктивного поведения в конфликте, методов управления конфликтом, роли эмоций в динамике конфликта; развитие навыков творческого	2 часа

			разрешения конфликтных ситуаций Техника «Простые утверждения»	
6	Самооценка и внутриличностный конфликт. Система психологической защиты.	Беседа по результатам проведенного анкетирования	Знакомство с понятиями “самооценка адекватная”, “неадекватная”. Связь самооценки с возникновением конфликтов внешних и внутренних. Характеристика основных форм психологической защиты: замещение, регрессия, вытеснение, отрицание, проекция, компенсация, рационализация. Психологическая игра «А кроме того...»	2 часа
7	Рольевые и внутриличностные конфликты.	Беседа по результатам проведенного анкетирования	Влияние “роли” на формирование и развитие личности, на взаимодействие с другими людьми; возникновение внешних и внутренних конфликтов в связи	2 часа

			с преобладающим типом реагирования. Знакомство с техникой медитации	
8	Деловая игра “Умеем ли мы общаться”.	Завершение психокоррекционной программы. Рефлексивная деятельность	Заключительное занятие, где участники курса могут применить все свои знания по теории и практике разрешения конфликтов. Работа по созданию коллективного портрета “Приятного собеседника (партнера)”; выработка “Правил общения и поведения при разрешении конфликтов”.	2 часа

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Технологическая карта внедрения результатов исследования психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля

Цель	Содержание	Методы	Формы	Ко л- во	Время	Ответствен ные
1	2	3	4	5	6	7
1-й этап: «Целеполагание внедрения инновационной технологии по коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля»						
1.1. Изучение нормативно-правовой документации, Федеральных Законов и Законов РФ, Закона об образовании, Закона об охране здоровья граждан, Постановлений Правительства РФ в области образования и безопасности среды и личности в РФ, документации медицинской организации	изучить нормативно-правовую документацию по предмету внедрения	рассмотрение, обсуждение, анализ, изучение документации и нормативных источников по теме, мониторинг	анализ литературных источников, работа помощником психолога в медицинской организации, осуществление психологического сопровождения в медицинской организации, самообразование, обучение на факультете психологии ЧГПУ	1	С 2019 г	Психолог, администрация медицинской организации
1.2. Выдвижение и обоснование целей	сформулировать цели внедрения программы психолого-педагогическ	разработка «Дерева целей» исследования, анализ, создание	работа психологической службы медицинской организации, консультации	1	Сентябрь	Психолог, администрация медицинской

внедрения Модели	ой коррекции конфликтног о поведения пациентов кардиологич еского профиля	модели и программы, обсуждение материалов по цели внедрения Программы, работа психологиче ской службы медицинско й организации	я с научным руководител ем и администрац ией медицинской организации, наблюдение, беседа			организац и
1.3. Изучение и анализ содержания этапов внедрения Программы, ее задач, принципов, критериев и показателей эффективнос ти	разработать этапы внедрения Программы психолого – педагогическ ой коррекции конфликтног о поведения пациентов кардиологич еского профиля	анализ состояния конфликтно го поведения пациентов кардиологич еского профиля, анализ Модели и программы внедрения, анализ готовности медицинско й организации к инновацион ной деятельност и по внедрению модели	работа психологиче ской службы медицинской организации, совещание, анализ документаци и, работа по составлению Программы внедрения	1	Октяб рь	Психолог, администра ция медицинско й организац и
1.4. Анализ уровня подготовлен ности коллектива к внедрению инноваций, анализ работы медицинско й организации	разработать программно- целевой комплекс внедрения программы психолого- педагогическ ой коррекции конфликтног о поведения	Анализ состояния конфликтно го поведения пациентов кардиологич еского профиля, анализ Модели и программы	работа психологиче ской службы медицинской организации, совещание, анализ документаци и, работа по составлению Программы внедрения	1	Октяб рь	Психолог, администра ция медицинско й организац и

по теме внедрения (психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля) подготовка методической база внедрения Программы	пациентов кардиологического профиля	внедрения, анализ готовности медицинской организации к инновационной деятельности и по внедрению модели				
2-й этап: «Формирование положительной психологической установки на внедрение Программы психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля»						
2.1. Формирование готовности внедрить Программу в медицинскую организацию, психологический подбор и расстановка субъектов внедрения. Цель: выработать состояние готовности к освоению предмета внедрения у администрации медицинской организации и заинтересованных субъектов внедрения	выработать состояние готовности к освоению предмета внедрения у администрации медицинской организации и заинтересованных субъектов внедрения	обоснование практической значимости внедрения, тренинги (развития, готовности к инновационной деятельности, внедрения), беседы, обсуждения, популяризация идеи внедрения Программы	индивидуальные беседы с заинтересованными субъектами внедрения Программы, работа психологической службы медицинской организации, участие в семинарах со смежной тематикой	1	Октябрь	Психолог, администрация медицинской организации

заинтересованных субъектов внедрения						
2.2. Пропаганда передового опыта по внедрению инновационных технологий в медицинской организации и их значимости для медицинской организации, значимости и актуальности внедрения Программы	сформировать положительную установку на предмет внедрения Программы у коллектива медицинской организации	Беседы, обсуждение, семинары	беседы, семинары, изучение передового опыта внедрения инновационных технологий в медицинской организации.	Не менее 5	Сентябрь-ноябрь	Психолог, администрация медицинской организации
2.3. Пропаганда передового опыта по внедрению инновационных технологий вне медицинской организации и их значимости для системы образования и здравоохранения, значимости и актуальности внедрения Программы для	сформировать уверенность по внедрению инновационной технологии в медицинской организации	постановка проблемы, обсуждение, тренинг, консультации и с научным руководителем диссертационного исследования	беседы, консультации, самоанализ	Не менее 5	Сентябрь-ноябрь	Психолог, администрация медицинской организации

психологической безопасность и общества						
3-й этап: «Изучение предмета внедрения «Программы психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля»						
3.1. Изучение материалов и документов о предмете внедрения инновационной Программы и документации и медицинской организации	Изучить необходимые материалы и документы о предмете внедрения (психолого- педагогическая коррекция конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля)	фронтально.	семинары, работа с литературой и информационными источниками	1	Декабрь	Психолог
3.2. Освоение системного подхода в работе над темой изучения предмета внедрения, его задач, принципов, содержания, форм и методов	изучить сущность предмета внедрения инновационной программы в медицинской организации.	фронтально и в ходе самообразования	семинары, тренинги (развития, готовности к инновационной деятельности)	1	2020 Январь	Психолог, администрация медицинской организации
3.3. Освоение системного подхода в работе над темой	изучить методику внедрения темы Программы	фронтально и в ходе самообразования	семинары, тренинги (целеполагания, внедрения).	1	Февраль	Психолог, администрация медицинской организации
4-й этап: «Опережающее (пробное) освоение предмета внедрения «Программы психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля»						
4.1. Определение состава инициативной группы,	создать инициативную группу для опережающе	наблюдение, анализ, консультирование, собеседование	работа психологической службы медицинской организации,	Не менее 6	Апрель	Психолог, администрация медицинской

организационная работа, исследование психологического портрета субъектов внедрения	го внедрения темы.	ие, обсуждение.	тематические мероприятия			организации, научный руководитель диссертационного исследования
4.2. Изучение теории предмета внедрения, теории систем и системного подхода, методики внедрения	закрепить и углубить знания и умения, полученные на предыдущем этапе	самообразование, научно-исследовательская работа, обсуждение	беседы, консультации, работа психологической службы медицинской организации	1	Апрель	Психолог, администрация медицинской организации
4.3. Анализ создания условий для опережающего внедрения инновационной Программы	обеспечить инициативной группе условия для успешного освоения методики внедрения Программы коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля	анализ создания условий для опережающего внедрения инновационной Программы	изучение состояния дел в медицинской организации по теме внедрения Программы, обсуждения, экспертная оценка, самообразование	1	Май	Психолог, администрация медицинской организации
4.4. Работа инициативной группы по новой методике	проверить методику внедрения Программы	изучение состояния проблемы в медицинской организации, внесение изменений и дополнений в программу	изучение состояния дел в медицинской организации, внесение изменений и дополнений в программу	Не менее 5	1-е полугодие	Психолог, администрация медицинской организации
5-й этап: «Фронтальное освоение предмета внедрения «Программы психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля»						

5.1. Анализ работы инициативной группы по внедрению Программы	активизировать педагогический коллектив медицинской организации на внедрение инновационной Программы коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля	сообщение о результатах работы по инновационной технологии, тренинги (внедрения, готовности к инновационной деятельности), работа психологической службы медицинской организации	совещание, работа психологической службы медицинской организации	1	сентябрь	Психолог, администрация медицинской организации
5.2. Обновление знаний о предмете внедрения Программы, теории систем и системного подхода, методики внедрения	развить знания и умения, сформированные на предыдущем этапе	обмен опытом внедрения инновационных программ, самообразование, тренинги (готовности к инновационной деятельности), работа психологической службы медицинской организации	наставничество, консультации, работа психологической службы медицинской организации, семинар	1	Сентябрь-октябрь	Психолог, администрация медицинской организации
5.3. Анализ состояния условий для фронтального внедрения программы в медицинской организации	обеспечить условия для фронтального внедрения инновационной Программы коррекции конфликтного поведения пациентов	изучение состояния проблемы в медицинской организации по теме внедрения Программы, обсуждения, работа	работа психологической службы медицинской организации, производственное собрание, анализ документов	1	ноябрь	Психолог, администрация медицинской организации

	кардиологического профиля	психологической службы медицинской организации	медицинской организации			
5.4. Фронтальное освоение Программы психолого-педагогической коррекции	освоить всем педагогическим коллективом предмет внедрения (Программа психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля)	наставничество, обмен опытом, анализ и корректировка технологии внедрения Программы	работа психологической службы медицинской организации, консультации, работа методического отдела	1	декабрь	Психолог, администрация медицинской организации
6-й этап: «Совершенствование работы над темой психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля»						
6.1. Совершенствовать знания и умения, сформированные на предыдущем этапе	Совершенствование знаний и умений по системному подходу	Конференция, конгресс по теме внедрения.	Фронтально	1	2020-Январь	Психолог, администрация медицинской организации
6.2. Обеспечить условия совершенствования методики работы по внедрению программы	Анализ зависимости конечного результата по 1-му этапу от создания условий для внедрения программы	Доклад, совещание	Работа психологической службы ДОУ, методическая работа	1	Январь	Психолог, администрация медицинской организации
6.3. Совершенствовать методику освоения внедрения программы	Формирование единого методического обеспечения освоения	Тренинги, мастер-классы	Работа психологической службы ДОУ, методическая работа	Не менее 3	Январь-февраль	Психолог, администрация медицинской организации

коррекции синдрома эмоционального выгорания педагогов дошкольной образовательной организации	внедрения программы					
7-й этап: «Распространение передового опыта освоения внедрения «Программы психолого-педагогической коррекции конфликтного поведения пациентов кардиологического профиля»						
7.1. Изучение и обобщение опыта работы медицинской организации по инновационной технологии	изучить и обобщить опыт внедрения инновационной технологии. Методы: наблюдение, изучение документов медицинской организации, посещение семинаров	наблюдение, изучение документов медицинской организации, посещение семинаров.	работа психологической службы медицинской организации, стенды, буклеты, дополнительные формы работы	Не менее 5	Февраль-март	Психолог, администрация медицинской организации
7.2. Обучение психологов и педагогов других медицинских организаций работе по внедрению Программы	осуществить наставничество над другими медицинскими организациями, приступая к внедрению Программы	наставничество, обмен опытом, консультации, семинары	выступление на семинарах, работа психологической службы медицинской организации	Не менее 5	Март – апрель	Психолог, администрация медицинской организации
7.3. Пропаганда внедрения Программы в районе/городе.	осуществить пропаганду передового опыта по внедрению Программы в медицинской организации.	выступление на семинарах, конференциях, конгрессах, научная деятельность	участие в конференциях, конгрессах, написание статей и научной работы по внедрению Программы	1 - 3	Май-сентябрь	Психолог, администрация медицинской организации

7.4. Обсуждение динамики работы над темой, научная работа по теме внедрения Программы	сохранить и углубить традиции работы над темой, сложившееся на предыдущих этапах	наблюдение, анализ, работа психологической службы медицинской организации, научная деятельность	семинары, написание научной работы, статей по теме внедрения Программы	Не менее 2	Сентябрь-Декабрь	Психолог, администрация медицинской организации
--	--	---	--	------------	------------------	---

ISBN 978-5-00171-889-5

Научное издание

Психолого-педагогическая помощь пациентам кардиологического профиля

Валентина Ивановна Долгова
Анна Валерьевна Меньшенина

Монография
Художник Г.Г. Нурмиев
В оформлении обложки использована работа
Г. Нурмиева

Подписано в печать 12.12.2021.

Издательство ПЕРО
Формат 84x106/16. Бумага для множительных аппаратов.
Печать на ризографе. Гарнитура «Times New Roman».
Уч.-изд. л. 10.
Тираж 500 экземпляров. Заказ 379