

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

ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ

Кафедра общей и клинической психологии

**КОРРЕКЦИЯ НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ
ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАЗНЫМ
УРОВНЕМ САМОРЕГУЛЯЦИИ**

Дипломная работа
студентки очной формы обучения
специальность 37.05.01 Клиническая психология
курса группы 02061302
Зубовой Ксении Олеговны

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

Рецензент:
Викторова Е.А

БЕЛГОРОД 2019

Оглавление

	стр.
ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА I. Теоретические основы изучения приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью с разным уровнем саморегуляции.....	9
1.1. Теоретический анализ понятия «приверженность лечению» в психологии.....	9
1.2. Подходы к изучению саморегуляции в психологии	22
1.3. Психологические особенности пациентов, страдающих гипертонической болезнью.....	32
ГЛАВА II. Экспериментальное изучение приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью с разным уровнем саморегуляции.....	44
2.1. Организация и методы исследования.....	44
2.2. Результаты исследования приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью с разным уровнем саморегуляции	50
2.3. Разработка, реализация и оценка эффективности психокоррекционной программы.....	63
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	75
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	81
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	89

Введение

Процесс модернизации здравоохранения, переход на современные стандарты лечения требуют комплексного подхода к организации лечебного процесса. Качественное оказание медицинской помощи возможно лишь при активном участии пациента в лечебно-диагностическом процессе, принятии им лечения, наличии установок на выздоровление, доверии к врачу, персоналу, лечебному учреждению в целом. На сегодняшний день терапия большинства заболеваний требует особого внимания не только со стороны лечащего врача, но и со стороны самого пациента.

Многие ученые занимались исследованием приверженности лечению (Э.В. Арсланбекова, Л.А. Бирюкова, М. Биккинина, В.Д. Вид, Э.Р. Исхаков, О.В. Кремлева, А.О. Конради, Н.Г. Незнанов, А.В. Штрахова и др.). Так, например, Г.М. Биккинина, Э.Р. Исхаков отмечают, что несоблюдение пациентами рекомендаций врача приводит к значимым последствиям и способствует снижению эффективности лечения, создает сложность разработки новых вариантов терапии больных. Результаты исследований Л.Б. Дюсеновой, Л.М. Пивинной позволили установить основные факторы, оказывающие влияние на приверженность лечению: плохая переносимость препаратов и наличие побочных эффектов, стоимость терапии, вредные привычки пациентов, отсутствие веры в пользу терапии, отсутствие у них доверительного контакта с врачом. В зарубежной психологии используется термин «комплаенс» (compliance) (S.R. Hawley, R. Horne, J. Jin, S.C. Li, M.N. Oh, A.M. Paschal, T.S. Romain, G.E. Sklar).

Весомый вклад в прогрессирование хронических заболеваний с неограниченно длительными сроками лечения вносит низкая приверженность пациентов к рекомендациям врача. Оценка феномена приверженности является предметом ряда международных и отечественных исследований, однако малоизучена и актуальна.

Такие ученые, как Л.И. Ложкина, Е.Т. Соколова рассматривали взаимосвязь между приверженностью лечению и уровнем саморегуляции у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием.

Саморегуляция связана с успешностью лечебного процесса и эффективностью взаимодействия в системе «врач-пациент». Обращаясь к психологической стороне приверженности лечению, необходимо учитывать, что болезнь меняет уклад жизни человека, его социальные и межличностные отношения, т.е. становится особой ситуацией развития личности и, выступая в качестве стрессора, вызывает напряжение адаптационных механизмов, требуя выработки эффективных способов саморегуляции.

Многие авторы занимались изучением эмоциональной саморегуляции личности: П.К. Анохин, О.А. Конопкин, А.К. Осницкий, В.И. Моросанова, В.А. Ядов и другие. Учеными рассмотрена структура и механизмы регуляции.

По мнению В.И. Моросановой, индивидуальные проявления саморегуляции определяются тем, как личность планирует, программирует достижение поставленной цели, учитывает важные внешние и внутренние условия, оценивает итоги и корректирует деятельность для достижения субъективно значимых результатов.

Современное состояние данной проблемы требует рассмотрения роли психологических факторов, а именно роли саморегуляции, в формировании приверженности лечению. Одним из необходимых условий функционирования человека в обществе является способность эмоционально реагировать на жизненные события социально приемлемым способом, сохраняя достаточную гибкость, чтобы допускать спонтанные реакции, но регулировать их проявление в случае необходимости. При адекватной саморегуляции человек функционирует соответственно реальности, оптимально приспосабливается к среде, имеет высокую самооценку, может контролировать свои эмоциональные переживания.

Вопрос приверженности пациентов терапии важен в клинике хронических соматических заболеваний, когда зачастую пациентам приписывается длительное, регулярное лечение. Сниженная приверженность лечению хронических соматических заболеваний представляется значимой причиной уменьшения выраженности эффекта терапевтического процесса, существенно повышает риск развития осложнений симптоматики основного заболевания, способствует снижению качества жизни больных. Ситуация госпитализации и сопутствующая социальная стигматизация негативно влияют на психологическое здоровье хронических соматических больных. Поскольку процесс терапии хронических соматических больных занимает долгий период, возможно снижение уровня приверженности лечению по причине влияния различных факторов: клинических, социальных, психологических.

Так, например, Л.И. Ложкина отмечает, что повышение показателя самоконтроля, ответственности и самостоятельности больного в отношении своего здоровья формирует активную позицию в плане проводимых лечебно-профилактических мероприятий. Приверженность лечению проявляется у пациента в планомерном формировании навыков усвоения оценки и контроля состояния и приводит к более самостоятельной, активной и ответственной позиции в отношении лечения.

С целью изучения того, как среда лечебного учреждения влияет на эмоциональное состояние пациентов, как пациенты ее воспринимают, мы изучали и данный аспект, поскольку в данной среде происходит весь лечебный процесс, среда лечебного учреждения предназначена для оказания помощи пациентам. Среда лечебного учреждения – это обстановка, окружающая пациента и способствующая восстановлению утраченных или поврежденных функций, повышению его эмоционального фона и мотивированности к лечению, социализации и преодолению явлений госпитализма.

Исходя из вышесказанного, предположили, что существует взаимосвязь между приверженностью лечению и компонентами саморегуляции, а именно: планированием, оцениванием результатов, гибкостью, самостоятельностью.

Теоретический анализ показал недостаточную разработанность вопроса коррекции низкой приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью с разным уровнем саморегуляции.

Таким образом, **проблема** исследования: каковы особенности коррекции низкой приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью с разным уровнем саморегуляции?

Цель исследования: определить особенности коррекции низкой приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью с разным уровнем саморегуляции.

Объект исследования: приверженность лечению пациентов с гипертонической болезнью с разным уровнем саморегуляции.

Предмет исследования: коррекция низкой приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью с разным уровнем саморегуляции.

Гипотеза исследования: пациенты с гипертонической болезнью с низким уровнем саморегуляции, гибкости поведения, самостоятельности проявляют низкую приверженность лечению. Развитие навыков саморегуляции, способствует формированию приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью

Задачи исследования:

1. Проанализировать подходы к изучению понятий «саморегуляция», «приверженность лечению» в отечественной и зарубежной психологии.
2. Изучить приверженность лечению пациентов с гипертонической болезнью с разным уровнем саморегуляции.
3. Разработать, реализовать и оценить эффективность

психокоррекционной программы по формированию навыков саморегуляции, что способствует повышению приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью с низким уровнем саморегуляции.

Теоретико-методологическую основу исследования составляют: положения деятельностного подхода (А.Н. Леонтьев), подходы к изучению личности в норме и патологии (С.Л. Рубинштейн, Е.Т. Соколова и др.), теории изучения приверженности лечению (Н.Г. Незнанов, В.Д. Вид, О.В. Кремлева, А.В. Штрахова, Э.В. Арсланбекова); концепции развития осознанной саморегуляции (О.А. Конопкин), дифференциально-психологический подход к исследованию осознанной саморегуляции человека (В.И. Моросанова).

В исследовании использовались следующие **методы:**

- организационные методы (сравнительный метод),
- эмпирические методы (беседа, эксперимент, психодиагностические методы),
- методы обработки данных (количественный и качественный анализ) (описательная статистика; U-критерий Манна-Уитни, T-критерий Вилкоксона, факторный анализ),
- интерпретационные методы (структурный метод).

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

1. Опросник «Уровень комплаентности» (Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук).
2. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова).
3. Методика «Семантический дифференциал» (Ч. Осгуд, адаптация Ю.Г. Панюковой).

База исследования: ОГБУЗ «Городская клиническая больница №1» г. Белгорода, нейрососудистое отделение. В исследовании приняли участие

пациенты с гипертонической болезнью с разным уровнем саморегуляции в количестве 50 человек в возрасте от 40 до 65 лет.

Структура работы: дипломная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы (69 источников), 4 таблиц, 7 рисунков, 3 приложений. Объем работы составляет 80 страниц машинописного текста.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ САМОРЕГУЛЯЦИИ

1.1. Теоретический анализ понятия «приверженность лечению» в психологии

Одной из важных проблем в области российского здравоохранения является низкая приверженность пациентов лечению, что приводит к недостаточному контролю над заболеванием и тяжелым последствиям. Успешный результат лечения любого заболевания, особенно хронической патологии, зависит от регулярного выполнения пациентом назначений лечащего врача.

Исследованием приверженности лечению занимались Г.М. Биккинина, Э.Р. Исхаков [7], Л.А. Бирюкова [8], А.О. Конради [32], О.В. Кремлева [33], Н.Г. Незнанов, В.Д. Вид [49], А.В. Штрахова, Э.В. Арсланбекова [65] и другие.

А.С. Аведисова отмечает определенное терминологическое разногласие, вызванное параллельным употреблением нескольких близких по содержанию понятий: compliance (согласие), concordance (согласие с лечением), adherence to therapy (приверженность терапии, соблюдение указаний врача), persistence (постоянство), drug holidays (отдых от лекарств) [1].

Основываясь на данных А.Л. Хохлова, Л.А. Лисенкова, А.А. Ракова, наиболее распространенными и взаимозаменяемыми конструктами являются комплаенс (compliance) и приверженность к лечению (adherence to therapy), определяемые как степень соответствия между поведением человека в

отношении приема лекарственных средств, соблюдения диеты и/или других изменений образа жизни рекомендациям врача или медицинского работника. При этом имеются в виду особенности поведения больного в отношении всего спектра медицинских назначений: правильности приема лекарств, точности выполнения нелекарственных процедур, следования диете, ограничения вредных привычек, формирования здорового образа жизни. В настоящем исследовании упомянутые термины также употребляются как синонимы [62].

Термин «приверженность пациента терапии» можно трактовать как соблюдение указаний врача, как отмечают Н.Г. Незнанов, В.Д. Вид. Этот термин близок по своему содержанию к термину «комплаентность» или «комплаенс» (от англ. compliance – соблюдение больничного режима и схемы лечения). В клинической практике эти два термина часто являются взаимозаменяемыми. Они характеризуют выполнение пациентами врачебных рекомендаций по приему лекарственных препаратов, соблюдению диеты и коррекции образа жизни, графика визитов к врачу. Степень приверженности лечению варьирует от строгого соблюдения пациентом всех рекомендаций врача до полного их игнорирования». Термин «комплаенс» является производным от англ. patient compliance, что означает «соблюдение больным режима и схемы лечения». Несмотря на то, что еще две тысячи лет назад Гиппократ привлекал внимание врачей ко «лжи пациента в приеме лекарств», систематическое изучение точности выполнения больными врачебных рекомендаций началось сравнительно недавно. Понятие комплаенса в 1974 г. было включено в международный медицинский библиографический справочник Index Medicus в категорию patient drop out — пациентов, выбывших из испытания лекарственных препаратов. С этого времени отмечается подъем интереса к разным аспектам данной проблемы, результатом чего стало включение категории «несогласия с лечением» в DSM-IV [49].

Приверженность лечению – понятие сложное и недостаточно изученное, и ни одно из его определений нельзя считать всеобъемлющим.

По мнению Р.В. Кадырова, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук, «под приверженностью лечению» понимается осознанное сотрудничество врача и пациента, а также членов его семьи, выступающее обязательным условием любого лечения и обеспечивающее эффективность терапии» [23, с. 6].

Как считают А.В. Налетов, С.В. Налетов, А.С. Барина, Ю.С. Вьюниченко, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), приверженность лечению — соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов, соблюдение диеты и/или изменение образа жизни. Приверженность пациента к терапии, активное его участие в процессе лечения и строгое соблюдение назначенных ему медикаментозных схем, лечебного режима, диетотерапии имеет огромное значение в лечении хронических заболеваний и является важной составляющей успеха терапии [48].

В исследованиях Л.И. Ложкиной, посвященных проблеме приверженности лечению, особое внимание уделяется изучению механизмов формирования различных типов и уровней. Указывается на тесную взаимосвязь приверженности лечению с внутренней картиной болезни, типом личности, доверием к врачу, типом заболевания, продолжительностью лечения и его побочными эффектами, организацией лечебного процесса, семейным положением и т.п. Приверженность лечению необходимо рассматривать как сложный динамический клинико-психологический феномен, включающий в себя эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты. В медицинской практике приверженность лечению оценивают несколькими путями. Первый, – это определение уровня препарата в биологических жидкостях, учет неизрасходованных больным лекарств и т. п. Второй, – беседа с пациентом или его родственниками на предмет соблюдения медицинских рекомендаций. Однако данный подход

позволяет лишь достаточно субъективно констатировать наличие или отсутствие факта терапевтического согласия, но не позволяет отразить целостную картину приверженности лечению пациента и объективно оценить его уровень, а, следовательно, и корректировать нарушения приверженности лечению. На данный момент большую теоретическую и практическую актуальность представляет поиск инструментов для оценки уровня приверженности лечению и определения факторов, определяющих приверженность лечению при различных психических и соматических заболеваниях. Полноценное комплаентное поведение можно сформировать только при учете всего ансамбля факторов, влияющих на формирование терапевтического сотрудничества. Следовательно, необходимо не только и не столько оценивать актуальную приверженность лечению и разрабатывать методы объективной комплексной оценки приверженности лечению, но и определить психологические предикты (маркеры) комплаентного поведения пациента [39].

Нарушение приверженности лечению значительно осложняет медицинскую помощь и реабилитацию пациента, приводит к отсутствию положительной динамики или к прогрессированию заболевания.

Существуют различные методики повышения приверженности лечению пациентов, но единого мнения по этому вопросу среди специалистов нет, так считают А.В. Штрахова, Э.В. Арсланбекова [65]. В последние годы происходит изменение взаимоотношений в системе «врач–пациент», поэтому рекомендуется осуществлять несколько иной подход к лечению заболеваний и активно вовлекать пациентов в процесс терапии. Однако нередко пациенты не хотят участвовать в своем лечении, предпочитают полностью довериться в этом вопросе своему лечащему врачу, не хотят принимать какие-либо решения относительно изменения режима терапии. Важной является мотивация пациентов правильно относиться к проводимому лечению. Лечащему врачу необходимо предпринимать усилия,

направленные на создание доверительных отношений с больными, добиваться их расположения, информировать пациента об имеющемся у него заболевании и возможных осложнениях, обосновывать необходимость приема тех или иных препаратов.

Теоретические проблемы приверженности лечению нашли наиболее полную разработку в трудах С.И. Пиманов, Е.А. Дикарев, Е.В. Макаренко. По их мнению «Приверженность терапии может колебаться от 0% (когда не принята ни одна доза препарата) до 100% и более (когда пациент принимает дозы большие, чем ему предписано). Принято считать, что при лечении с высоким уровнем приверженности пациенты строго следуют рекомендациям врача (более чем в 80% случаев), при среднем уровне – в 20–80% случаев, при низком – менее чем в 20% случаев». В последней ситуации пациенты необоснованно отказываются от лечения, что утяжеляет течение заболевания и ускоряет развитие его осложнений. Высокая приверженность лечению проявляется открытым сотрудничеством врача и пациента, свободным обсуждением всех возможных аспектов лечения (не только медикаментозного), нюансов и затруднений, возникающих в его процессе [52].

Существует предположение, что для достижения высокого уровня взаимодействия необходимо объединение усилий самого пациента, лечащего врача и системы здравоохранения. А.В. Федотова считает, что выполнение всех предписаний врача возможно только в том случае, если у пациента формируется приверженность лечению. Если больной доверяет врачу и верит в результат лечения, он будет согласен на внесение изменений в привычный образ его жизни, рацион питания и будет готов к длительному приему лекарственных препаратов. По имеющейся статистике, в процессе лечения хронических заболеваний половина пациентов прекращает лечение, а среди тех, кто продолжает его, только 50–60% принимают все рекомендованные препараты в предписанных дозах. Однако нет общепризнанного

определения, какая приверженность терапии является адекватной. Терапевтическая эффективность зависит от конкретного заболевания [60].

Неэффективная коммуникация в системе «врач–пациент» существенно снижает приверженность лечению. Только при комплексной оценке всех составляющих низкой приверженности лечению у каждого отдельно взятого пациента можно выработать правильную тактику ведения больного и достигнуть результата.

А.Н. Кузнецов, Н.Ю. Григорьева, М.А. Емельянова, М.В. Майорова обозначают, повышение приверженности пациента лечению является актуальной проблемой здравоохранения. Применение современных методологических подходов повышения приверженности лечению сможет обеспечить высокую эффективность выполнения поставленных задач в оказании медицинской помощи пациенту, что, в свою очередь, приведет к повышению качества и продолжительности его жизни. [34].

Как отмечают А.Л. Хохлов, Л.А. Лисенкова, А.А. Раков, на приверженность лечению российского пациента влияют исторические, социальные и другие факторы, определяющие характер национального менталитета [62].

По мнению Г.Т. Каратаевой, степень приверженности лечению определяется состоянием физического и психического здоровья пациента: дезадаптивные синдромы, депрессивные, тревожно-депрессивные состояния ассоциированы с худшей приверженностью к лечению. Они также связаны с нездоровым образом жизни — курением, нарушением пищевого поведения, гиподинамией, избыточным употреблением алкоголя и других психоактивных веществ. Низкая приверженность к лечению — это скорее осознанное решение многих больных, основанное на недопонимании серьезности осложнений заболевания, общем неприятии лечения и лишь в ряде случаев — это желание минимизировать побочные эффекты терапии [24].

Е.А. Вольская показала, что на общую тенденцию преобладания низкого уровня приверженности лечению или нонкомплаенса при таких заболеваниях, как заболевания сердечно-сосудистой системы, туберкулеза, СПИДа [11].

Ю.Г. Шварц, Е.А. Наумова отмечают, что никакая терапия не способна предупредить развитие заболевания, если пациент недостаточно четко соблюдает рекомендации лечащего врача, т.е. не привержен терапии. Приверженность терапии является модифицируемым фактором, зависящим от поведения пациента [64].

И.И. Чукаева при качественной оценке приверженности лечению выделяет в ней два основных компонента:

- продолжительность правильного приема препаратов (промежутки времени от начала лечения до его прекращения или момента завершения исследования);

- правильность приема препаратов или исполнительность в лечении (оценивается путем сравнения предписанного режима назначения препарата и истинного его применения, включая наличие пропусков дозы, так называемых «лекарственных каникул», когда период без приема препарата составляет более трех дней) [63]

Как отмечает Г.Т. Каратаева, анализируя причины «неприверженного» поведения, что «нежелание больного регулярно принимать препараты является одной из причин безуспешности терапии заболевания. Невыполнение врачебных назначений влечет за собой ряд отрицательных клинических и экономических последствий, как для самого пациента, так и для здравоохранения в глобальном смысле» [24, с. 136].

С.И. Пиманов, Е.А. Дикарев, Е.В. Макаренко обозначают, приверженность пациентов к лечению может рассматриваться как важный индикатор эффективности системы оказания медицинской помощи, а ее

улучшение – необходимым условием при создании программ терапии пациентов с хронической патологией [59].

Г.Л. Микиртичан, Т.В. Каурова, О.К. Очкур в качестве одной из главных причин активного включения пациента в лечение своего заболевания на современном этапе определяют рост информированности населения, обусловленный внедрением в жизнь современного человека различных информационных технологий, при помощи которых он получает как нужную для себя информацию, касающуюся своего заболевания и механизма действия или побочных эффектов принимаемых им препаратов, так и «псевдонаучную», ошибочную информацию по данным вопросам. Современная модель взаимодействия между врачом и пациентом (его родителями – в педиатрической практике) требует достижения согласия, развития диалога между ними с учетом мнений и пожеланий больного относительно приема препаратов. При таком развитии ситуации пациент либо его родители (в педиатрической практике) принимают на себя определенную ответственность за проводимое лечение, осознавая, что к их взглядам лечащий врач относится уважительно, и допускает возможность обсудить все сложности, возникающие в ходе проводимой терапии [42].

По мнению А.А. Мартынова, Е.В. Спиридоновой, М.М. Бутаревой, приверженность лечению снижается с течением времени, особенно при длительном приеме препаратов в случаях хронических заболеваний [41].

О.В. Кремлева представляет статистические данные и определяет, что при хронических соматических заболеваниях распространенность отказа от терапии составляет 30–60 %. Столь широкий разброс в частоте комплаенса и нонкомплаенса связан с отсутствием четких критериев определения приверженности, разной длительностью периода наблюдения, различными нозологическими формами, за которыми проводилось наблюдение. Выяснение причин плохой приверженности терапии — важнейшая задача лечащего врача. Необходимо оценивать наличие у пациента

предшествовавшего опыта лечения и его результатов, убеждения пациента и его отношение к лечению и к болезни, мотивацию к лечению [33].

А.В. Штрахова, Э.В. Арсланбекова среди причин снижения приверженности больных лечению выделяют следующие:

- 1) психологические особенности больного;
- 2) психологические особенности врача;
- 3) клинические особенности заболевания;
- 4) особенности терапевтической программы;
- 5) социально-экономические факторы;
- 6) факторы, связанные с организацией медицинской помощи.

Однако чаще всего проблема заключается в отсутствии эффективной коммуникации между врачом и пациентом [65].

Г.Т. Каратаева анализирует причины, приводящие к снижению приверженности пациента к терапии, и классифицирует их на обусловленные:

- «личностными особенностями пациента;
- профессиональными особенностями врача;
- социально-экономическими факторами;
- характером медицинских назначений» [24, с. 136-137].

Как отмечает Д.С. Данилов, «на уровень приверженности лечению влияют порядка 250 факторов, которые можно объединить в 4 группы:

- клинические факторы,
- психологические факторы и личностные особенности пациентов,
- социальные факторы,
- факторы, связанные с врачом» [19, с. 5].

По мнению Л.Б. Дюсеновой, Л.М. Пивинной, на формирование приверженности лечению оказывают влияние следующие группы факторов, связанные:

- 1) с пациентом;

- 2) с клинической картиной заболевания;
- 3) с родными и близкими;
- 4) с терапевтической моделью;
- 5) с социально-экономическими условиями;
- 6) с врачом;
- 7) с организацией оказания медицинской помощи [20].

Ю.В. Лукина, Н.П. Кутишенко, С.Ю. Марцевич подчеркивают, очевидно, что для всесторонней оценки приверженности необходимо рассматривать влияние факторов различных групп, не ограничиваясь лишь факторами, связанными непосредственно с приемом препарата пациентом: в последнее время все большее внимание исследователей привлекают факторы приверженности, связанные с врачом [40].

Е.Т. Соколова определяет роль врача в практике оказания помощи и считает, что она состоит не только в объяснении, даче рекомендаций, формулировании назначений согласно доказательным данным и своему опыту. Роль врача также состоит в поиске и коррекции факторов, мешающих пациенту следовать назначениям. Такие факторы всегда сугубо индивидуальны. Если речь идёт об отношении пациента, его сомнениях, проблемах, то работа врача становится более сложной, требующей психологических навыков, одним из которых может быть так называемое человекоцентрированное интервью [59].

По мнению О.В. Кремлевой, развитие побочных эффектов является одной из самых значимых причин, приводящих к отказу пациента от терапии. Среди факторов, снижающих приверженность лечению больных с соматической патологией, помимо естественной реакции предупреждения развития побочных эффектов лечения и желания прекратить терапию при улучшении самочувствия, важную роль играют представления пациента о причинах и последствиях болезни, их убеждения, мотивация и отношение к терапии, связанные с прежним негативным опытом лечения, страхами

развития зависимости от используемых препаратов, утратой контроля за терапией, ожидания негативного исхода болезни [33].

Как считает А.С. Аведисова, с целью повышения приверженности пациентов к лечению важными факторами являются четкое обозначение перед пациентом цели и задач проводимой терапии; информирование пациента о заболевании, которым он страдает, возможных побочных эффектах от принимаемых им препаратов, а также стоимости лечения; оценка факторов, которые могут привести к снижению приверженности терапии в каждом конкретном случае, определение психологической готовности пациента перед началом терапии, его образа жизни, семейных взаимоотношений [1].

А.О. Конради подтверждает, что приверженность лечению зависит от психологических факторов. Указывается, что проблема формирования приверженности лечению связана с наличием у больных зависимых, компульсивно-параноидных и пассивно-агрессивных/враждебно-зависимых черт личности. Также отмечено, что специфические черты личности влияют на частоту предъявления и степень выраженности жалоб, связанных с побочными действиями. На приверженность лечению также оказывают влияние когнитивные функции, прежний неблагоприятный опыт, внутренняя картина болезни. Психологическое сопротивление терапии может возрасти, если лечение воспринимается больным как угроза автономной свободе выбора [32].

На сегодня среди всего множества психологических факторов именно личностные особенности и когнитивные функции рассматриваются как наиболее перспективные, с точки зрения исследования их влияния на приверженность лечению, поскольку они позволяют точнее определить будущие коррекционные мишени. Анализ литературы показал наличие взаимосвязи между уровнем саморегуляции и приверженностью терапии.

Д.С. Данилов подчеркивает, обращаясь к психологической стороне приверженности лечению, необходимость учета того факта, что болезнь меняет уклад жизни человека, его социальные и межличностные отношения, т.е. становится особой ситуацией развития личности и, выступая в качестве стрессора, вызывает напряжение адаптационных механизмов, требуя выработки новых моделей. Как любое событие внешней среды болезнь вынуждает оценивать жизненную перспективу, перестраивать систему отношений, т.е. меняет привычный жизненный уклад [19].

Е.Т. Соколова по результатам исследования пришла к выводу, что пациенты с дефицитом средств когнитивного самоконтроля («полезависимые») испытывают трудности при необходимости осознания и ответственного принятия реальных ограничений и фрустраций, связанных с болезнью и тяготами лечения. Им также значительно труднее будет поддерживать систематические и стабильные отношения с лечащим врачом из-за внутренней непоследовательности и противоречивости чередующихся межличностных установок зависимости и самоизоляции, а также из-за нехватки внутренних средств совладания с изменяющимися соматическими и психическими состояниями. Хаотичные коммуникативные стратегии приверженности лечению (при любом виде терапии) снижают эффективность сотрудничества и в этом смысле выступают в качестве контр-терапевтических факторов излечения. Сниженная способность к саморегуляции, тревожные состояния ухудшают медицинский прогноз как за счет повышенной нагрузки на симпатическую нервную систему, так и в связи с нарушениями социальной адаптации больного, снижением приверженности лечению [59].

Л.И. Ложкина отмечает, что повышение уровня самоконтроля, самостоятельности и ответственности пациента в отношении к своему здоровью способствует формированию активной позиции в проводимых лечебно-профилактических мероприятиях. Приверженность терапии

проявляется в постепенном формировании у пациента навыков усвоения оценки и контроля своего состояния, в том числе продромальных проявлений, что способствует раннему и своевременному вмешательству, а, в конечном счете, приводит к более активной, самостоятельной и ответственной позиции в отношении терапии. Чтобы улучшить приверженности терапии больных, часто используют поведенческие методы. Эффективное мониторинговое поведение в течение длительного времени помогает закрепить сознательное отношение к лечению и улучшить самоуправление [39].

Таким образом, сосредоточенность на собственной беспомощности и дискомфорте от болезни способствует увеличению процента несоблюдения рекомендаций со стороны пациента. Чем больше уверенность людей в их способности выполнять деятельность, способствующую психологической адаптации к ситуации болезни, тем выше приверженность лечению больных хроническими соматическими заболеваниями. Пациенты, которые чувствуют себя более эффективными в преодолении болезни и побочных эффектов, менее подвержены эмоциональному дистрессу и имеют более высокий уровень качества жизни, чем пациенты, которые чувствуют себя неэффективными в совладании с болезнью. На сегодняшний день отсутствует целостная теоретико-методологическая модель понимания приверженности лечению как психологического феномена личности в ситуации соматического хронического заболевания. Остаются неразработанными и недостаточно теоретически обоснованными психодиагностические критерии. В этой связи представляет интерес разработка системного подхода к пониманию приверженности лечению как психологического феномена, позволяющего определить психологические предикты приверженного поведения пациентов при хроническом соматическом заболевании, что позволяет концептуализировать систему межотраслевой профилактики нонкомплаенса и направлений

психологической коррекции неконформного поведения при хроническом заболевании, требующих длительных лечебно-реабилитационных мероприятий.

1.2. Подходы к изучению саморегуляции в психологии

Современное общество предъявляет требования к личности, обеспечивающие выживание в сложных, быстроменяющихся условиях жизни. К таким качествам можно отнести: жизнеспособность, стрессоустойчивость, вариативность, гибкость, надситуативную активность, волевую саморегуляцию и т.д.

Изучением эмоциональной саморегуляции личности занимались многие авторы: П.К. Анохин [4], О.А. Конопкин [29, 30, 31], В.И. Моросанова [43, 44, 45, 46], А.К. Осницкий [50, 51], В.А. Ядов [66] и другие.

В ситуации нестабильности личность иначе воспринимает время собственной жизни, что требует активных действий в отношении изменений не только картины мира, но и собственной жизни. Это способствует появлению такого спектра эмоций, которые вызывают возникновение заболеваний, обусловленных психологическими, психосоциальными и культурными факторами, – то есть психосоматических заболеваний, в механизме которых существенную роль играют эмоциональные факторы. Каждый индивид, сталкиваясь со стрессовой ситуацией, затрачивает сумму когнитивных, поведенческих, эмоциональных усилий для ослабления влияния стресса, то есть применяет определенные копинг-стратегии.

На сегодняшний день в зарубежной и отечественной психологической науке имеется достаточно большое количество исследований, посвященных проблеме эмоций: изучаются особенности эмоций как психических процессов (П.К. Анохин [4], К. Изард [22], С.Л. Рубинштейн [58] и др.) и условия их возникновения (А.В. Вундт [12], А.В. Запорожец [21] и др.),

определяется роль эмоций в системе развития личности, её ценностных ориентаций, мотивации, установок и пр. (Л.И. Анцыфирова [5], А.Н. Леонтьев [38] и др.).

Исследованием условий возникновения эмоций занимались многие учёные. Так, например, В. Вундт считает, что воспринимаемые индивидом события, в силу того, что в момент восприятия они являются частью жизни, могут оказаться эмоциональными возбудителями [12].

Несогласие с такой позицией обнаруживается в работах Р.С. Лазаруса, который указывает на то, что побудителями эмоций являются когнитивные процессы, которые призваны оценить ситуацию, с которой столкнулся индивид. Но, вышеназванные точки зрения не являются взаимоисключающими [36].

Условия возникновения эмоций видятся разными авторами по-разному, однако если выделить общее в разных точках зрения, то можно утверждать, что возникновение эмоций, в первую очередь, связано с условиями существования субъекта, эмоции возникают как реакция на раздражители среды.

В отечественной психологии особого внимания заслуживает актуальная для науки концепция А.Н. Леонтьева. Он считает, что эмоции – это отдельный класс психических процессов и состояний, которые связаны с потребностями и мотивами поведения личности. Их главная функция заключается в регуляции активности субъекта путём отражения значимых ситуаций [38].

Издавна ученых интересовал вопрос, как человек регулирует себя, свое поведение, деятельность, эмоции. В ходе теоретического анализа литературы было выявлено, что изучение саморегуляции рассматривается с точки зрения трех векторов: системно – функциональный, мотивационный, личностный:

1. Системно-функциональный подход.

С точки зрения данного подхода, «саморегуляция - общебиологическое понятие с широким кругом биокибернетических проблем целесообразного функционирования живых систем разного уровня сложности». Такое определение саморегуляции было выдвинуто П.К. Анохиным, который разработал теорию функциональных систем. По мнению П.К. Анохина, «золотое правило саморегуляции» заключается в том, что, в структуре функциональных систем существует так называемый «контрольный аппарат» - акцептор результата действия, который вырабатывает сигнал, если результат желаемого расходится с результатом, полученным в действительности [4].

В рамках данного подхода вопросом саморегуляции занимались О.А. Конопкин [30], В.И. Моросанова [43, 44, 45, 46].

В модели функциональной структуры регуляции О.А. Конопкина есть следующие звенья: принятая субъектом цель, субъективная модель значимых условий деятельности, программа исполнительских действий, критерии успеха, информация о результате, решение о коррекциях. Центральным звеном в функциональной структуре О.А. Конопкина является - принятая субъектом цель деятельности [30].

В.И. Моросановой был выделен, описан и системно исследован феномен индивидуальных особенностей саморегуляции, который проявляется в том, что люди отличаются уровнем развития осознанной саморегуляции, по-разному планируют цели своей деятельности, моделируют значимые условия их достижения, применяют отличающиеся способы и алгоритмы действий, имеют различные критерии успешности для оценки результатов [43].

Все описанные модели регуляции имеют кольцевую систему и работают за счет взаимодействия отдельных функциональных блоков. Однако стоит отметить, что данный подход к определению регуляции не учитывает личностные особенности и социально-ценностную систему. Это

не позволяет в полной мере раскрыть сущность психологических механизмов и закономерность регуляции социального поведения человека.

2. Мотивационный подход.

Одним из первых в рамках данного подхода свою концепцию предложил В.Н. Мясищев. В его подходе основная идея заключалась в том, что психологические отношения человека в развитом виде представляют целостную систему сознательных связей личности с различными сторонами действительности [47].

3. Личностный подход.

В основе данного подхода лежит теория диспозиционных систем В.А. Ядова. Под диспозицией понимается «предрасположенность человека к восприятию социальной ситуации и условий деятельности и к определенному поведению в этих условиях [66].

В. А. Ядов выделяет четыре уровня диспозиций:

1. Низшие диспозиции, основанные на базе витальных потребностей - потребностей в еде, жилище и пр.
2. Социальные фиксированные установки, проявляющиеся в разных конкретных ситуациях.
3. Базовые (обобщенные) социальные установки, реализующиеся в типичных ситуациях взаимодействия индивидов.
4. Система ценностных ориентации, связанных с высшими целями индивида» [66, с. 89].

Достаточно полное определение саморегуляции дает О.А. Конопкин, понимая под саморегуляцией «системно-организованный процесс внутренней психической активности человека по инициации, содержанию, сохранению и регулированию разными видами и формами произвольной активности, непосредственно влияющей на достижение целей человека». При этом, конечно, имеется в виду не постоянно актуальная и развернутая осознанность субъектом всех моментов своей регуляторной активности (что

вообще-то и невозможно), а их принципиальная «подотчетность» сознанию субъекта, доступность сознательному управлению... Приведенное понимание психической саморегуляции выходит за рамки понятия «регуляция», употребляемого в теории управления применительно к техническим системам, а также и за рамки биокибернетического определения регуляции» [30, с. 6].

Приставка «само-» к термину «регуляция» отражает не только факт осознания субъектом осуществляемых им актов своей произвольной активности и целенаправленное управление ими, но и определение самим субъектом как объективных предметных, рационально-логических, так и личностно-ценностных оснований отдельных деятельностных актов и их соотнесение и согласование с контекстом целостной системы своих стержневых личностных потребностей и ценностей, смысловых установок и убеждений, с содержанием самосознания.

Позднее А.К. Осницким было уточнено различие саморегуляции деятельностной и саморегуляции личностной: «Саморегуляция деятельности обнаруживает себя в феноменологии предметных преобразований и в преобразованиях прилагаемых усилий. Саморегуляция личностная связана преимущественно с определением и коррекцией своих позиций (в рамках культурно-исторической традиции, закреплённой в нормах социума)». Если саморегуляция деятельности исходно нацелена на успешность тех или иных действий, то саморегуляция личности нацелена на изменение или удержание отношения к способам действия, используемым средствам [50, с. 6]

Согласно точке зрения В.И. Моросановой, «саморегуляция представляет процессы инициации и выдвижения субъектом целей активности, а также управление достижением этих целей». Психическая саморегуляция человека является высшим уровнем регулирования поведенческой активности биологических систем, отражающим качественную специфику реализующих ее средств отражения и

моделирования субъектом внешней действительности, а также самого себя и своей деятельности. Благодаря уникальным возможностям своей психики человек может осуществляться как действительный субъект своей активности, которая характеризуется целенаправленностью, осознанностью, произвольностью, способностью меняться, приспосабливаться к условиям и преодолевать неблагоприятные условия, преобразовывать их. Осознанная саморегуляция не только вносит непосредственный вклад, но и опосредствует влияние когнитивных и личностных предикторов на поведенческую активность. В контексте дифференциального подхода осознанная саморегуляция является метапроцессом, функциональным средством субъекта, позволяющим ему мобилизовать свои личностные и когнитивные возможности, выступающие как психические ресурсы, для реализации собственной активности в выдвижении и достижении различных целей жизнедеятельности [44].

Р.Е. Френкин отмечает, «саморегулирование складывается из трёх процессов: самонаблюдения, самооценки, самореагирования» [61, с. 605].

Общая модель саморегуляции личности, по мнению О.В. Конопкина, имеет следующий состав функциональных звеньев:

- 1) «принятая субъектом цель деятельности;
- 2) субъектная модель её значимых условий;
- 3) программа исполнительских действий;
- 4) субъектная система критериев успешности деятельности;
- 5) контроль и оценка реальных наличных результатов;
- 6) решение о коррекции системы саморегуляции» [31, с. 91].

Принятие цели представляет собой системообразующую функцию. То есть понимание личностью цели предопределяет образ, на который она ориентируется в процессе её реализации в поведении или деятельности. Однако связь цели и программы неоднозначна: цель не обуславливает чёткую программу действий по реализации цели.

Реализуемая личностью программа связана со звеном саморегуляции, представленной как субъектная модель значимых условий деятельности. Обращая внимание на роль субъектной модели условий деятельности, необходимо обратиться к программе исполнительских действий. Связь этих звеньев настолько тесна, что психологи не рассматривают их порознь. Соответственно, выполняя ту, либо иную программу действий, необходимо эффективно регулировать успешность деятельности. Наличие в системе саморегуляции личности предполагает контроль и оценку результативности деятельности. В конечном итоге, если все звенья структуры срабатывают успешно по критерию эффективности, то возникает необходимость указать последнее звено этой функциональной структуры саморегуляции личности – принятие решения о коррекции системы саморегуляции. Взгляд на саморегуляцию деятельности и поведения связан одновременно с ценностно-ориентационной, эмоционально-волевой, а также сознательной и бессознательной сферами личности.

С.Г. Колесов предлагает общую модель саморегуляции:

- проявление нужды в направленности поведенческой активности (сопровождается непосредственно эмоциональным переживанием к этой направленности);
- осознанная направленность поведения или деятельности (не только эмоционально-волевая, но и ценностно-ориентированная);
- временная устойчивость в направленности к достижению поведенческой цели (чувственная, саморегулируемая оценками успешности, либо неуспешности в достижениях цели);
- убежденность в необходимости продолжать действовать и достигать цели даже при неудачах (волевая регуляция деятельности либо поведения доминирует над сферой бессознательного);

– удовлетворённость поведением, либо деятельностью даже при переживании неудач (возможны закрепления привычек к успеху чаще, чем к неудачам);

– творческая активность, поиск решений проблем, препятствующих достижению желаемого (образ жизни, подкрепляемый системой приёмов, способов достижения желаемого) [28].

Гораздо менее изученным остается вопрос, касающийся эмоциональной саморегуляции. В целом существуют различные подходы к определению эмоциональной саморегуляции.

В контексте этого подхода находится понимание О.А. Конопкиным эмоциональной саморегуляции как свойства психики, благодаря которому человек способен успешно осуществлять необходимую деятельность в сложных условиях [31].

Эмоциональная саморегуляция возможна на основе резервов нервно-психической энергии, которая связывается с особенностями темперамента, силой нервной системы по отношению к возбуждению и торможению, подвижности, лабильности нервных процессов.

Я. Рейковский, останавливаясь на эмоциональной саморегуляции как гипотетической особенности человека, говорит о двух ее значениях:

1) человек эмоционально устойчив, если его эмоциональное возбуждение, несмотря на сильные раздражители, не превышает пороговой величины;

2) человек эмоционально устойчив, так как, несмотря на сильное эмоциональное возбуждение, в его поведении не наблюдается нарушений [56, с. 34].

А.К. Осницкий понимает под эмоциональной саморегуляцией:

«а) относительную устойчивость оптимального уровня интенсивности эмоциональных реакций;

б) устойчивость качественных особенностей эмоциональных состояний, т.е. стабильную направленность эмоциональных переживаний по их содержанию на положительное решение предстоящих задач» [45, с. 5].

По мнению А.К. Осницкого, иного взгляда придерживается А.Е. Ольшанникова, которая считает, что устойчивое преобладание положительных эмоций является одной из главных эмоциональных детерминант эмоциональной саморегуляции [49].

А.В. Запорожец [21], Л.А. Китаев-Смык [26] убеждены, что эмоциональная саморегуляция представляет собой способность преодолевать состояние излишнего эмоционального возбуждения при выполнении сложной деятельности.

Классификаций способов регуляции эмоций существует немного. Наиболее общепризнанным является подход К. Изарда. Выделяет следующие способы регуляции эмоционального состояния:

а) взаимодействие эмоций - сознательная активация другой эмоции, противоположной переживаемой, с целью подавления, снижения интенсивности последней;

б) когнитивная регуляция - использование внимания и мышления для подавления нежелательной эмоции или контроля над ней;

в) моторная регуляция - физическая активность, снижающая интенсивность эмоционального переживания [22].

Л.И. Анцыферова дифференцирует способы регуляции эмоций на:

а) преобразующие - когнитивная подготовка к решению проблемы, предполагающая, что практические действия могут быть заменены вербальными;

б) приспособительные- позитивное истолкование переживаний;

в) вспомогательные- уход из трудной ситуации [5, с.19].

Р.М. Грановская, И.М. Никольская выделяют следующие способы регуляции:

- а) поведенческие стратегии,
- б) эмоциональную проработку подавленного,
- в) изменение субъективной оценки ситуации;

Все три выполняют функции защиты от травмирующей информации. Управление эмоциями включает контроль интенсивности эмоций (приглушение чрезмерно сильных эмоций), контроль внешнего выражения эмоций и произвольный вызов эмоций [15].

Е.И. Головаха, Н.В. Панина предлагают отдельные способы управления эмоциями с целью достижения эмоционального равновесия:

«а) распределение, как расширение круга эмоциогенных ситуаций для снижения интенсивности переживаний;

б) сосредоточение, как концентрация эмоции на одном значимом виде деятельности и исключение лишних эмоциогенных ситуаций;

в) переключение, как перенос эмоционального переживания с эмоциогенной ситуации на нейтральную, например, разрядка гнева в иллюзорной ситуации» [14, с.56].

Таким образом, большинство исследователей описывает и акцентирует внимание на отдельных методах и приемах регуляции эмоций, которые являются, по мнению авторов, наиболее эффективными. От уровня развития процессов саморегуляции зависит успешность, точность, продуктивность, конечный исход каждого акта произвольной активности. Более того, все индивидуально-поведенческие особенности, деятельность, определяются функциональной сформированностью, динамическими и качественными характеристиками тех процессов саморегуляции, которые выполняются субъектом активности.

Таким образом, саморегуляция целенаправленной активности выступает как общая и главная функция целостной психики человека. Она реализует единство психики во всех направлениях условно выделяемых уровней, сторон, возможностей, функций, процессов, способностей. Важную

роль в формировании приверженности лечению у пациента хроническими соматическими заболеваниями играют процессы саморегуляции личности. Развитость процессов саморегуляции способствует наиболее эффективному выполнению лечебных рекомендаций, обеспечивает поддержание нервно-психической устойчивости личности, предупреждает и уменьшает негативное воздействие стресса, обусловленное заболеванием.

1.3. Психологические особенности пациентов, страдающих гипертонической болезнью

Снижение резервных возможностей адаптации и саморегуляции у больных хроническими соматическими заболеваниями нередко сопровождается нарушением когнитивных функций на фоне различных заболеваний.

Ситуация госпитализации и сопутствующая социальная стигматизация негативно влияют на психологическое здоровье хронических соматических больных. Поскольку процесс терапии хронических соматических больных занимает долгий период, возможно снижение уровня приверженности лечению по причине влияния различных факторов: клинических, социальных, психологических, духовных.

Актуальность темы обусловлена тем, что тенденция последних лет выражается в перестройке представления о хронических соматических заболеваниях.

По мнению Г.М. Биккининой, Э.Р. Исхакова, теперь они рассматриваются не только как медико-биологическая проблема, все больше делается акцент на социальной значимости заболевания [7].

Анализ исследований А.В. Налетова, С.В. Налетова, А.С. Бариновой, Ю.С. Вьюниченко показал, что в терапии пациентов все больше осознается

необходимость совокупной оценки базовых психологических характеристик и других «пациентзависимых» факторов [48].

В тоже время в современной психологии растет интерес к внутриспсихическим процессам личности, ее эмоционально-волевой сфере. В структуре приверженности лечению наименее устойчивым является эмоциональный элемент сенсорно-эмоционального функционального блока пациентов, проходящих лечение в условиях госпитализации.

Личностные черты изначально влияют на уровень приверженности лечению больных, следует учитывать, что преморбидные особенности обостряются в ситуации хронического соматического заболевания и длительного лечения.

А.В. Апчел, А.В. Гордиенко, Н.В. Павлова, Е.Д. Пятибрат, Е.А. Дергачева, В.Ю. Таяновский предлагают выделять следующие уровни переживания стресса при хронических соматических заболеваниях:

- психофизиологический – соматовегетативной лабильностью, снижением работоспособности, повышенной утомляемостью, нарушением сна, аппетита, изменением общего самочувствия и др.;

- психический – повышенной тревогой, эмоциональной напряженностью, лабильностью, ощущением неудовлетворенности, проявлением раздражительности, снижением настроения, трудностями сосредоточения, самоконтроля поведения и целенаправленной деятельности и др.;

- социально-психологический – нарушением социального поведения, повышенной межличностной сенситивностью и конфликтностью, трудностями реализации привычных социальных ролей, снижением продуктивной социальной активности и др.» [6, с. 116].

А.В. Апчел, А.В. Гордиенко, Н.В. Павлова, Е.Д. Пятибрат, Е.А. Дергачева, В.Ю. Таяновский приводят пример в отношении заболеваний сердечно-сосудистой системы и отмечают, заболевания сердечно-сосудистой

системы являются главным фактором риска и основным патогенетическим фактором развития дисциркуляторной энцефалопатии и сосудистой деменции. Заболевания сердечно-сосудистой системы продолжают оставаться одной из основных причин ограничения работоспособности и высокой смертности, часто сопровождаются психоэмоциональными нарушениями, что приводит к значительному снижению качества жизни этих больных [6].

Как правило, в клинике сердечно-сосудистых заболеваний речь идет о расстройствах психической адаптации легкой и умеренной степени – невротических, неврозоподобных, соматоформных.

По мнению Н.Г. Редько, наиболее характерными при заболеваниях сердечно-сосудистой системы являются нарушения психической адаптации, которые сопровождаются умеренными, мягкими нарушениями эмоционального фона и вегетативной регуляции. При хронических соматических заболеваниях происходят изменения в эмоциональной сфере. В первую очередь, возникает психическое напряжение, которое вызывается длительно персистирующими эмоциями и чувствами негативного характера: тревогой, страхом, злостью, гневом, обидой, виной и пр. А эмоциональность является характеристикой темперамента человека. К другой характеристике темперамента относят силу и активность, которые определяют динамику деятельности и проявляются в стиле и скорости обучения любым навыкам, включая приемы саморегуляции [55].

Роль личностных особенностей в формировании вегетативных нарушений определяет А.М. Вейн. Поскольку темперамент является характеристикой личности, то он должен сказываться на вегетативных изменениях при соматическом заболевании. Психосоматические соотношения представлены реальными связями психических явлений и вегетативных процессов, означая для клиники «...проблему зависимости болезни от факторов, которые по форме своего непосредственного

проявления выступают для больного и врача как относящееся к области психологии, т.е. к области эмоций, аффективно окрашенных переживаний, осознаваемых и неосознаваемых психологических установок, психических напряжений, обусловленных ситуациями стресса и т.п.» [10, с. 352].

Ряд авторов, таких как Н.А. Потапова, Р.А. Грехов, Г.П. Сулейманова, Е.И. Адамович анализируют, что в процессе онтогенетического развития по разным причинам регуляторные функции могут оказаться несформированными. Как следствие, личность не может проявить свои эмоции, хронизации эмоций ведет к стойким соматическим изменениям [54].

По мнению А.Н. Кузнецова, Н.Ю. Григорьевой, М.А. Емельяновой, М.В. Майоровой, пациенты с хроническими заболеваниями переживают неудобства, которые связаны не только с соматическими симптомами, но и изменением социального функционирования, с наличием социальной фрустрированности, изменением ценностей, интересов, круга общения, своей собственной социальной роли. Нарушения психики под влиянием соматической патологии подразделяют на две разновидности:

1) соматогенное влияние болезнетворных факторов на состояние центральной нервной системы, таких как гипоксия различной природы, разнообразные интоксикации;

2) психогенное влияние – связано с психологической реакцией конкретной личности со своими личностными особенностями на имеющееся заболевание и его последствия, которые уже существуют и те, которые могут возникнуть с разной степенью вероятности.

«Соотношение соматогенных и психогенных влияний различно при различных нозологических формах патологического процесса» [34, с.96].

А.В. Полин подчеркивает, личность в процессе болезни изменяется в сторону возрастания эгоцентризма, обидчивости, излишней требовательности к окружающим [53].

Соматические симптомы могут способствовать возникновению психопатологических реакций, которые отрицательно влияют на личность, что в дальнейшем способствует усугублению симптоматики и прогрессирование имеющихся соматических проблем.

По мнению А.В. Полина, для личности, которая страдает серьезным хроническим заболеванием, существует две стратегии поведения – пассивная и активная. «Активная стратегия предполагает осознание происходящего и направлена на активное преодоление появившихся препятствий в результате изменений образа жизни. Пассивная стратегия поведения направлена на отрицание серьезности болезни и необходимых ограничений, связанных с болезнью. При этой стратегии актуализируются защитные механизмы такие, как самообман, игнорирование, сверхконтроль. Наибольшую эффективность имеют механизмы активной стратегии. Весьма важным оказывается стремление пациента адаптироваться к новому образу жизни, сохранить эмоциональное равновесие и адекватные отношения с окружающими. Такая стратегия реализуется в случае, если пациент:

- 1) стремится получить и адекватно оценить необходимую информацию о своем заболевании; прислушивается к советам специалистов в области своей проблемы, находит эмоциональную поддержку у знакомых или товарищей по несчастью;

- 2) стремится приобрести и приобретает навыки самообслуживания для избегания излишней зависимости от окружающих и повышения собственной самооценки;

- 3) находит новые цели в жизни, связанные с преодолением заболевания, и старается планомерно их достигать» [53].

Р.А. Грехов, Г.П. Сулейманова, Е.И. Адамович считают, что психологические особенности хронических соматических больных оказывают существенное негативное влияние на течение заболевания, но врачами это часто не учитывается по следующим причинам:

1. Врач (и больной) считают имеющиеся психологические нарушения естественной реакцией на серьезную соматическую болезнь, воспринимая эти нарушения как само собой разумеющиеся, которые сами пройдут при улучшении соматического состояния (соответственно, и неправильная позиция – их не надо диагностировать и корректировать).

2. Молчаливое соглашение, которое существует между врачом и пациентом, которые обоюдно не желают затрагивать «неудобные» психологические и социальные проблемы (врачу-терапевту проще говорить с пациентом о соматических симптомах).

3. Стигматизация – когда оценка психологического статуса пациента опасна навешиванием ярлыков больному и, таким образом, создает угрозу социальной стигматизации этих людей, что приводит к их отказу от психологического обследования и помощи.

4. Временные ограничения. Врачи боятся большой траты времени на проблемы, выходящие за рамки их узкопрофессиональной деятельности.

5. Недостаточное психологическое образование врача. Слишком мало времени занимает изучение медицинской психологии в медицинском вузе [16, с. 74].

В.Г. Ромек анализирует влияние локуса контроля на приверженность лечению: в случае болезни интернальный локус контроля способствует выздоровлению, в то время как экстернальный, порождающий в крайних случаях так называемый синдром приобретенной беспомощности, напротив, препятствует ему [57].

Л.Н. Касимова, Т.В. Илюхина поясняют, что в результате низкого уровня субъективного контроля у пациентов формируются убеждения в том, что они не смогут эффективно контролировать симптомы своего заболевания. Болезнь неизвестна, ее течение и исход невозможно прогнозировать, лечение не всегда оказывается эффективным (или эффект наступает не сразу), имеется неопределенность в отношении потенциальной

нетрудоспособности и инвалидности. Эти факторы, которые, действительно, являются непредсказуемыми, поддерживают у пациентов чувство потери контроля и чувство беспомощности. В результате формируется пассивное, неадаптивное поведение пациента, когда он не может выйти из гнетущего переживания. Такой поведенческий паттерн можно отнести к феномену «выученной беспомощности». Выученная беспомощность проявляется следующими недостатками: эмоциональными (уныние, низкое самоуважение, депрессия и тревожность), мотивационными (низкая инициативность и настойчивость) и когнитивными (неспособность обучаться адаптивным формам поведения). Взаимодействие этих трех компонентов усиливает поведенческую модель саморазрушения – например, больные, постепенно снижают повседневную активность, а вследствие этого уменьшают и вероятность позитивных социальных контактов. Возникающая в этом случае изоляция может быть катализатором в развитии депрессии. Пациенты перестают выполнять назначения врача, либо обращаются к непроверенным лечебным средствам. Опыт выученной беспомощности транслируется и на отказ от сопротивления в соматической сфере – была установлена связь беспомощности с развитием депрессии и злокачественных новообразований [25].

Пациенты, как правило, склонны объяснять свои беды внешними обстоятельствами – поэтому формирование внутреннего локуса контроля можно рассматривать и как первостепенную задачу, и как наиболее важный результат любой психотерапевтической работы с пациентом.

А.В. Апчел, А.В. Гордиенко, Н.В. Павлова, Е.Д. Пятибрат, Е.А. Дергачева, В.Ю. Таяновский выделяют две группы факторов, которые определяют психологические реакции у крайне тяжелых больных: личностные преморбидные особенности и возраст. Безусловно, психологические проявления зависят и от характера самого заболевания, особенностей его течения, наличия болевых ощущений [6].

Артериальная гипертония в современных условиях рассматривается как одна из важных проблем медицины в связи с широким распространением, а также высокими уровнем смертности, которая обусловлена ее осложнениями.

В.В. Гафаров, Е.А. Громов, И.В. Гагулин рассматривают артериальную гипертонию (АГ) как одну из ведущих проблем здравоохранения. Артериальная гипертония - значимая причина инвалидизации и летальных исходов у лиц трудоспособного возраста, служащая определяющим фактором риска возникновения инфаркта миокарда и инсульта, которые достигают около 40% в структуре причин смерти среди взрослого населения и более 80% всех случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний [13].

С.С. Бунова, Н.Н. Карловская, Ю.В. Москвина указывают на многофакторный патогенез при формировании АГ, а именно: взаимодействие гемодинамических, нейрогуморальных, метаболических, генетических и психологических факторов [9].

О.Ю. Гроголева, И.Г. Захарова считают, что значимая роль в развитии АГ отводится психоэмоциональному напряжению, которое оказывает влияние на функционирование вегетативной нервной системы. Клинические исследования продемонстрировали роль эмоционального статуса пациентов в формировании АГ, в частности депрессии, тревожности и агрессии. Согласно теории психогенеза гипертонической болезни, которую выдвинул Г.Ф. Ланг, травматизация и психическое перенапряжение длительными заторможенными эмоциями отрицательного характера являются основными патогенетическими факторами артериальной гипертонии [17].

А.Н. Алёхин, Е.А. Трифонова, Д.Н. Лебедев, Е.Н. Михайлов пишут, «термином «артериальная гипертония» определяют синдром повышения АД при «гипертонической болезни» и «симптоматических артериальных гипертензиях». Термин «гипертоническая болезнь» (ГБ), предложил Г.Ф. Ланг в 1948 году. В научной литературе вместо термина «гипертоническая

болезнь» часто используют понятие «артериальная гипертензия» [2, с.46].

А.В. Апчел, А.В. Гордиенко, Н.В. Павлова, Е.Д. Пятибрат, Е.А. Дергачева, В.Ю. Таяновский рассматривают факторы, влияющие на процесс оказания психологической помощи лицам с артериальной гипертензией:

- выраженность определенных психологических кардиологических черт пациентов, сопряженных с кардиологическим риском;
- специфическая клиническая картина сердечно-сосудистых заболеваний, которые влияют на формирование внутренней картины болезни пациента;
- психологическое содержание ситуации болезни и (консервативного либо хирургического) лечения в случае вовлеченности жизненно важного, семантически «нагруженного» органа [6].

Стресс и нарушения психической адаптации могут выступать в качестве условий, предрасполагающих к формированию заболеваний сердечно-сосудистой системы – как органических, так и функциональных (соматоформных дисфункций сердечно-сосудистой системы).

В.В. Гафаров, Е.А. Громов, И.В. Гагулин анализируют разные механизмы, которые приводят к нарушению функционирования мозга при АГ. Одной из критических зон поражения являются подкорковые структуры, что связано с особенностями их кровоснабжения и развитием поражения мелких сосудов. У больных с АГ развивается «гипертонический стеноз», связанный с липогиалинозом мышечной оболочки, нарушается эластичность сосудистой стенки. Повышение АД стимулирует развитие атеросклеротического поражения. Часто формируются патологическая извитость сосудов и милиарные аневризмы [13].

А.Н. Алёхин, Е.А. Трифонова, Д.Н. Лебедев, Е.Н. Михайлов считают, что артериальная гипертензия является причиной нейродинамических нарушений таких, как: сложности концентрации внимания, замедленность мышления, быстрая истощаемость, снижение инициативы. В дальнейшем, по

мере формирования сосудистого поражения, присоединяются нарушения исполнительных функций, связанные в основном с дисфункцией лобных структур. У пациентов возникают нарушения планирования, структурирования выполняемых действий, а также функции абстрактного мышления, присоединяются персеверации и снижается критичность мышления. Нарушения памяти не рассматриваются в качестве ведущего симптома; они выражены относительно умеренно. Так, например, отмечаются нарушения воспроизведения при относительно сохранном узнавании, снижается объем оперативной памяти [2].

С.С. Бунова, Н.Н. Карловская, Ю.В. Москвина установили, что личностные особенности могут способствовать формированию АГ. Такими личностными чертами являются: тревожность, враждебность, агрессивность, подавленный гнев, покорность средовым влияниям. Данные черты, по мнению авторов, встречаются у больных артериальной гипертонией чаще, чем в средней популяции [9].

В целом при попытках определения личностных черт кардиологического риска значимое внимание отводится тем тенденциям, которые определяют особенности эмоционального реагирования, эмоциональной регуляции и преобладающий фон настроения.

А.В. Апчел, А.В. Гордиенко, Н.В. Павлова, Е.Д. Пятибрат, Е.А. Дергачева, В.Ю. Таяновский определили, что одним из факторов развития заболеваний сердечно-сосудистой системы являются осложнения процесса адаптации вследствие изменения личностных характеристик обследуемых. К наиболее важным личностным особенностям лиц с жалобами на сердечно-сосудистые нарушения относят: низкий уровень стрессоустойчивости, фрустрированность, повышенный уровень тревоги, экстернальность и отсутствие адекватности восприятия социальной реальности. Также негативные изменения психологических структур свидетельствуют о нарушении психической регуляции и способствуют снижению характеристик

психической нормы [6].

Возникновению гипертензивных состояний способствуют не столько отрицательные эмоции, сколько длительная необходимость подавления их внешних проявлений.

Таким образом, артериальная гипертония является патологическим состоянием и одновременно психотравмирующим фактором, приводящим к существенному снижению качества жизни пациента. Разграничить влияние психологических характеристик пациента на соматическое состояние и влияние соматического статуса на психическое состояние и личность чрезвычайно затруднительно, а при уже развившемся заболевании фактически невозможно. Психосоматические-соматопсихические связи образуют «порочный круг»: психологические и психопатологические предпосылки артериальной гипертонии могут не только повышать риск её развития, но и неблагоприятно влиять на её течение; в свою очередь, неблагоприятное течение артериальной гипертонии может создавать условия для развития психологических трудностей, еще более ухудшающих медицинский прогноз.

Психологическая и деонтологическая ориентация, отражающая идеи целостного представления о хроническом соматическом больном, призвана повышать эффективность лечебных воздействий. Проблема приверженности пациентов лечению особенно остро стоит в клинике хронических заболеваний. В этом случае, пациенту предписывается регулярное, длительное медикаментозное лечение (часто в течение всей жизни). Перерывы в приеме препаратов, либо изменение их дозировок приводят к ухудшению состояния больного. Особо низкая приверженность терапии хронических заболеваний является главной причиной уменьшения выраженности терапевтического эффекта, существенно повышает вероятность развития осложнений основного заболевания, ведет к снижению качества жизни больных. Теоретический анализ показал недостаточную

разработанность вопроса приверженности лечению соматических больных в отечественных исследованиях. Отсутствие целостного понимания основных проблем, связанных с низкой приверженностью лечению, в настоящее время является основным препятствием для нахождения эффективных решений.

Таким образом, саморегуляция играет важную роль в формировании приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью. Для больных гипертонической болезнью характерна низкая эффективность эмоционально-фокусированного совладания, отражающая общие трудности эмоциональной саморегуляции поведения, особенно в условиях повышенной эмоциональной нагрузки. Значимая роль в развитии гипертонической болезни отводится психоэмоциональному напряжению, оказывающему влияние на работу вегетативной нервной системы. Возникновению гипертензивных состояний способствует реактивность людей, что является следствием недостаточной сформированности регуляторных процессов. Длительное пребывание под влиянием отрицательного эмоционального фона, неумение самостоятельно уменьшить степень переживания неблагоприятных воздействий опасно тем, что разрушительно влияет не только на психическое самочувствие, но и на соматическое состояние организма в целом. Эмоциональное напряжение провоцирует многочисленные сложные последствия, приводящие к усугублению симптоматики. Неверие в процесс выздоровления способствует снижению приверженности лечению таких пациентов.

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ И ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ САМОРЕГУЛЯЦИИ

2.1. Организация и методы исследования

Теоретический анализ показал недостаточную разработанность вопроса коррекции низкой приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью с разным уровнем саморегуляции.

Исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Городская клиническая больница №1» г. Белгорода, нейрососудистое отделение. В исследовании приняли участие пациенты с гипертонической болезнью в количестве 50 человек в возрасте от 40 до 65 лет.

Исследование включает в себя следующие этапы:

1. На подготовительном этапе проводился теоретический анализ литературы по теме исследования; формулировалась цель, определялись гипотеза, предмет и задачи исследования; подбирались методы исследования.

2. На втором этапе (организации и проведения исследования) непосредственно выполнялась экспериментальная работа: проводился констатирующий эксперимент, разрабатывалась, внедрялась программа по формированию навыков саморегуляции, что способствует повышению приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью с низким уровнем саморегуляции.

3. На третьем, заключительном этапе оценивалась эффективность разработанной психокоррекционной программы.

Изначально определили показатель саморегуляции в группе респондентов, затем сравнили показатели приверженности лечению пациентов с высокой и низкой саморегуляцией.

В рамках данного исследования применяли схему квазикспериментального плана с предварительным и итоговым тестированием одной группы пациентов с гипертонической болезнью с низким уровнем саморегуляции, схема которого: O1 X O2, где

X– воздействие,

O1 – предварительное тестирование экспериментальной группы,

O2 – итоговое тестирование экспериментальной группы.

Данный экспериментальный план был выбран нами в связи с тем, что он позволяет контролировать причинно-следственные связи. Фактически квазиэкспериментом является любое исследование, направленное на установление причинной зависимости между двумя переменными, в котором либо отсутствует предварительная процедура уравнивания групп, либо «параллельный контроль» с участием контрольной группы заменен сравнением результатов неоднократного тестирования группы (или групп) до и после воздействия.

В качестве независимой переменной выступали уровневые и содержательные характеристики саморегуляции, в качестве зависимой переменной – приверженность лечению.

Гипотезу о значимом влиянии независимой переменной на зависимую принимают, когда различия между O1 и O2 значимы.

Таким образом, наличие различий в выраженности компонентов саморегуляции (гибкость поведения, самостоятельность, способность к планированию, оцениванию результатов, общий показатель саморегуляции), в уровневых и содержательных характеристиках приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью свидетельствуют об эффективности психокоррекционной программы.

Используемая психокоррекционная программа направлена на формирование навыков саморегуляции, что, в свою очередь, способствует повышению приверженности лечению.

В соответствии с планом в эксперименте выделяются 3 этапа:

1. Предварительное измерение особенностей саморегуляции и приверженности лечению пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием (O1).

2. Организация психокоррекционной работы с респондентами с низким уровнем саморегуляции.

3. Итоговое измерение исследуемых характеристик (компонентов саморегуляции и приверженности лечению) в экспериментальной группе (O1 и O2) и сравнение показателей до и после психокоррекционной программы.

Тестирование респондентов проводилось в индивидуальной форме (в виду специфических особенностей указанной категории лиц, данная форма работы наиболее эффективна).

Проблема приверженности пациентов лечению особенно остро стоит в клинике хронических заболеваний. В этом случае, пациенту предписывается регулярное, длительное медикаментозное лечение (часто в течение всей жизни). Перерывы в приеме препаратов, либо изменение их дозировок приводят к ухудшению состояния больного. Особо низкая приверженность терапии хронических заболеваний является главной причиной уменьшения выраженности терапевтического эффекта, существенно повышает вероятность развития осложнений основного заболевания, ведет к снижению качества жизни больных. Анализ литературы показал недостаточную разработанность вопроса приверженности лечению соматических больных в отечественных исследованиях. Отсутствие целостного понимания основных проблем, связанных с низкой приверженностью лечению, в настоящее время является основным препятствием для нахождения эффективных решений.

Для проверки гипотезы нами были использованы следующие методики исследования:

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

2. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова).
3. Методика «Семантический дифференциал» (Ч. Осгуд, адаптация Ю.Г. Панюковой).

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

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

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

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

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

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

от 0 до 40 – низкий уровень приверженности лечению.

от 41 до 80 – средний уровень приверженности лечению.

от 81 до 120 – высокий уровень приверженности лечению.

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

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

Опросник позволяет выявить стилевые особенности саморегуляции у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием.

Стиль саморегуляции проявляется в том, каким образом человек планирует и программирует достижение жизненных целей, учитывает значимые внешние и внутренние условия, оценивает результаты и корректирует свою активность для достижения субъективно-приемлемых результатов, в том в какой мере процессы саморегуляции развиты и осознаны. В контексте данного исследования эмоциональная саморегуляция связана с приверженностью лечению пациентов. От степени развития процессов саморегуляции зависит успешность лечебного процесса.

Опросник состоит из 46 утверждений, входящих в состав шести шкал, выделяемых в соответствии с основными регуляторными процессами: планирование, моделирование, программирование, оценки результатов, гибкость, самостоятельность.

3. Методика «Семантический дифференциал» (Ч. Осгуд, адаптация Ю.Г. Панюковой).

Данная методика позволила нам оценить особенности представленности свойств и качеств пространственно-предметной среды у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием, в их сознании посредством обращения к понятию репрезентации, которое в современной психологической науке является одним из центральных.

В исследовании просили респондентов оценить больничную среду по таким описательным характеристикам, как: большой – маленький, прочный – хрупкий, динамичный – статичный, упорядоченный – хаотичный, полезный – вредный, избыточный – дефицитарный, контролируемый – стихийный, доступный – недостижимый, красивый – уродливый, свободный – сковывающий, спокойный – напряженный, родной – чужой.

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

1. Как вы себя чувствуете? Чувствуете ли Вы напряженность?
2. Как Вы оцениваете свое физическое самочувствие? В чем Вы видите причину изменения физического самочувствия?
3. Каковы Ваши отношения с медицинским персоналом?
4. Каковы Ваши отношения с членами семьи?
5. Были ли у Вас конфликты с кем-либо на этой неделе?
7. Когда Вы раздражены, что предпринимаете, чтобы справиться с этим состоянием?
8. Как вы в целом оцениваете свою жизнь?
9. Продолжите фразу: «На справедливые, но обидные по форме замечания в мой адрес я обычно в первый момент реагирую....».
10. Как вы оцениваете свое будущее?

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

Критерии наблюдения:

1. Эмоциональный фон.
2. Мимика и пантомимика.
3. Особенности речи (темп, эмоциональная окрашенность, паузы).

4. Проявление вегетативных реакций (покраснение или бледность кожных покровов, изменение ритма дыхания).

5. Особенности выполнения задания (включенность в работу, реакция на ошибки, на замечания).

Для проверки гипотезы были использованы методы математической статистической обработки, а именно – непараметрические критерии U-критерий Манна – Уитни (для проверки значимости различий между полученными средними показателями), Т-критерий Вилкоксона, факторный анализ. Обработка данных производилась с помощью пакета SPSS Statistics 19.

2.2. Результаты исследования приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью с разным уровнем саморегуляции

По результатам исследования определили уровень саморегуляции респондентов с гипертонической болезнью. Данные представлены на рисунке 2.2.1.

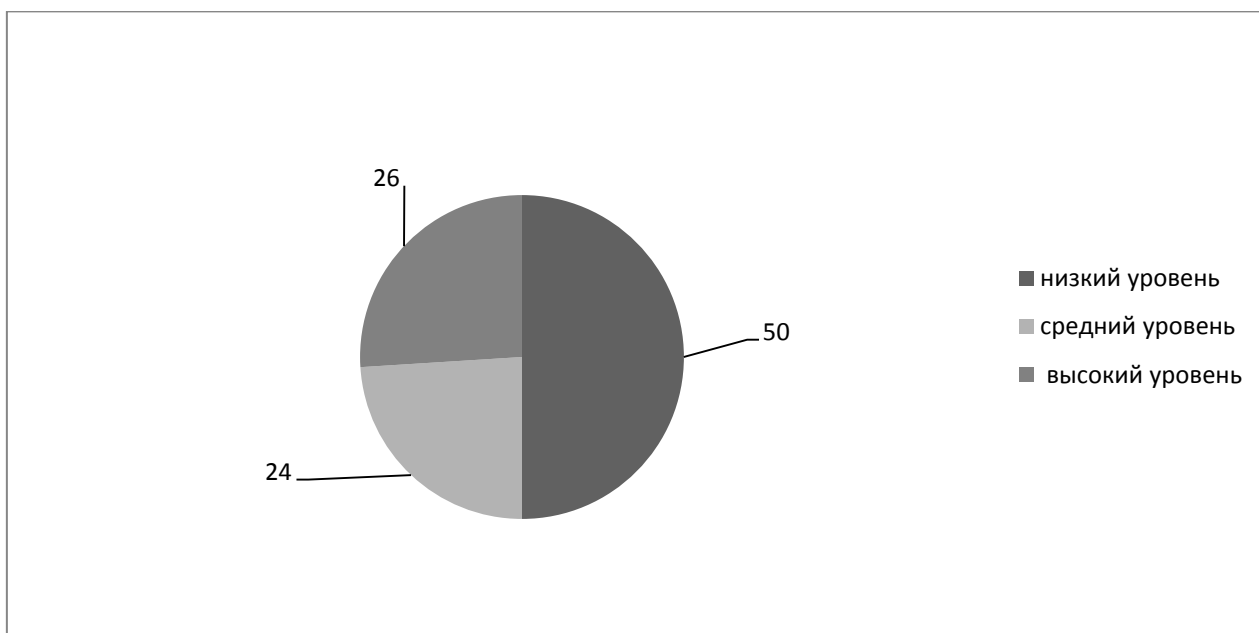


Рис.2.2.1. Распределение респондентов по уровню саморегуляции (%)

Как показали результаты исследования, большинство пациентов обладают низким уровнем саморегуляции (50%). Такие респонденты характеризуются эмоциональной возбудимостью, импульсивностью, они в большей степени требовательны к окружающим, нежели к себе, проявляют нетерпеливость в общении с другими, несдержанность. Во взаимодействии с медицинским персоналом демонстративны, стремятся привлечь к себе внимание. Они самоуверенны, эгоцентричны, обидчивы.

Для 24% респондентов характерен средний уровень саморегуляции. Такие пациенты умеют контролировать себя, имеют постоянные интересы, настойчивы, упорны и реалистичны в отношении к жизни, однако очень чувствительны к замечаниям и порицаниям других, склонны действовать стереотипно, их поведение ситуативно обусловлено. Хорошее физическое самочувствие сочетается с повышенным фоном настроения, обострение же симптоматики влечет за собой депрессивную окраску настроения.

Для 26% пациентов характерен высокий уровень саморегуляции. Они умеют контролировать эмоциональные реакции. У таких респондентов есть цели в будущем, они настроены на процесс выздоровления, во взаимодействии с врачом проявляют спокойствие, четко выполняют все рекомендации. Они воспринимают себя как сильную личность, способную строить свою жизнь с учетом целей.

Результаты изучения выраженности компонентов саморегуляции у пациентов с гипертонической болезнью с низким уровнем общей саморегуляции представлены на рисунке 2.2.2.

Как следует из рисунка 2.2.2., по шкале «планирование» снижены показатели ($M_e=3,2$). Обнаруженная особенность указывает на то, что пациентам свойственен низкий уровень способности к продуцированию идей, планированию деятельности и удержанию целей, сформированность осознанного планирования деятельности недостаточно выражена.

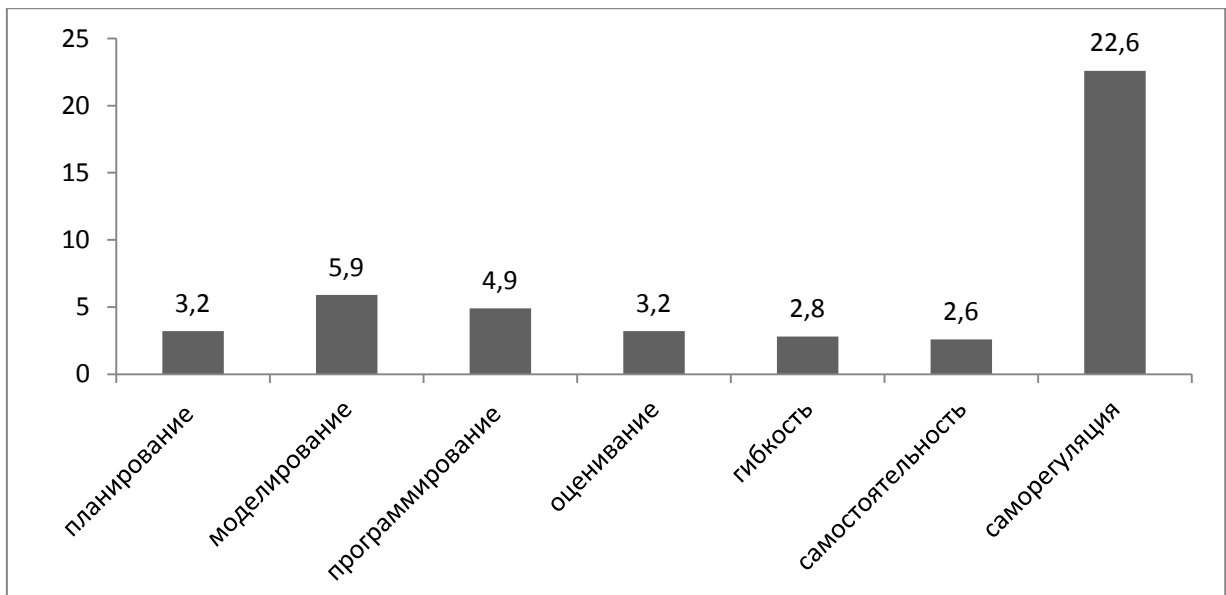


Рис.2.2.2. Выраженность компонентов саморегуляции у пациентов с гипертонической болезнью с низким показателем саморегуляции (средние значения)

Потребность в планировании деятельности не сформирована, такие респонденты склонны к частой смене целей, непоследовательности, планирование мало реалистично, конечная цель редко бывает достигнута в силу слабости мотивационного компонента. Пациенты с гипертонической болезнью с низкой саморегуляцией предпочитают ограничиваться ближними целями, которые формулируются ситуативно и обычно несамостоятельно, наблюдается искажение временной перспективы.

Данные по шкале «моделирование» ($Me=5,9$) указывают на способность респондентов определять условия достижения цели, соотносить полученные результаты с изначальной целью.

Результаты по шкале «программирование» ($Me=4,9$) говорят о способности формулировать программы действий и поведения для достижения намеченных целей, о детализированности и развернутости разрабатываемых программ.

Сниженные показатели по шкале «оценивание» у респондентов ($Me=3,2$) указывают на то, что такие пациенты не замечают своих ошибок, не критичны к себе, своим действиям. Субъективные параметры успешности

недостаточно стабильны, что ведет к искажению оценки результатов деятельности, снижению работоспособности, результативности, особенно при увеличении объема работы.

По показателю «гибкость» снижены показатели у респондентов с низким уровнем саморегуляции ($M_e=2,8$). Это свидетельствует о том, что пациентам с гипертонической болезнью с низкой саморегуляцией сложно переключаться в динамичной, быстро меняющейся обстановке, в новых условиях чувствуют себя неуверенно, происходит «застревание» на когнитивном компоненте - со склонностью к формированию сверхценных идей, чаще всего сверхценные идеи связаны с темой здоровья, работоспособности; на эмоциональных состояниях, чаще всего негативного полюса; на поведенческих паттернах - демонстрация шаблонного поведения. Такие респонденты сложно адаптируются к новым условиям, к переменам в жизни, к смене обстановки и образа жизни. Они не способны оперативно реагировать на ситуацию, быстро и своевременно планировать деятельность и поведение, разрабатывать программу действий, выделять значимые условия, оценивать рассогласование полученных результатов с первоначальной целью и вносить коррективы. В результате у таких респондентов неизбежно возникают регуляторные сбои и, как следствие, неудачи в выполнении деятельности.

Сниженные показатели по шкале «самостоятельность» ($M_e=2,6$) свидетельствуют о том, что пациенты с низким уровнем саморегуляции испытывают зависимость от мнений и оценок окружающих. Планы и программы действий разрабатываются несамостоятельно, они некритично следуют чужим советам. При отсутствии посторонней помощи у них неизбежно возникают регуляторные сбои.

У пациентов с гипертонической болезнью с низким уровнем саморегуляции потребность в осознанном планировании своей деятельности недостаточно сформирована, они более зависимы от ситуации и мнения

окружающих людей.

Успешность овладения новыми видами деятельности в большой степени зависит от соответствия стилевых особенностей регуляции и требований осваиваемого вида активности. В общении таким людям трудно контролировать свои эмоции, остро реагируют на требования окружающих, зависимы от внешних обстоятельств. Изменчивость в настроении и непредсказуемость в поведении приводит временами к импульсивному поведению.

Незначительный повод может вызывать перемену настроения. Иногда наблюдается стремление к самоутверждению, к наступательной активности, но нуждаются в опоре и поддержке окружающих. Для таких людей свойственна направленность на себя и свои переживания, от других ждут участие в своей судьбе. Планирование собственных жизненных перспектив развито, но наблюдается трудность в выделении главных целей, много колебаний в выборе пути, отсюда не могут определиться с планами на будущее.

Результаты изучения выраженности компонентов саморегуляции у пациентов с гипертонической болезнью с высоким показателем общей саморегуляции представлены на рисунке 2.2.3.

Как следует из рисунка 2.2.3., респондентам с высоким показателем саморегуляции свойственна способность к планированию деятельности, планы характеризуются реалистичностью, детализацией, иерархичностью, устойчивостью, цели деятельности выдвигаются самостоятельно, о чем свидетельствуют результаты по шкале «планирование» ($M_e=7,6$).

Показатели по шкале «моделирование» ($M_e=6,3$) указывают на умение респондентов определять значимые условия достижения цели.

Данные по шкале «программирование» ($M_e=5,2$) демонстрируют способность пациентов с высоким уровнем саморегуляции продумывать способы действий и поведения для достижения намеченных целей, они гибко

меняют стратегии поведения в новых условиях, более гибко адаптируются к изменившейся ситуации.

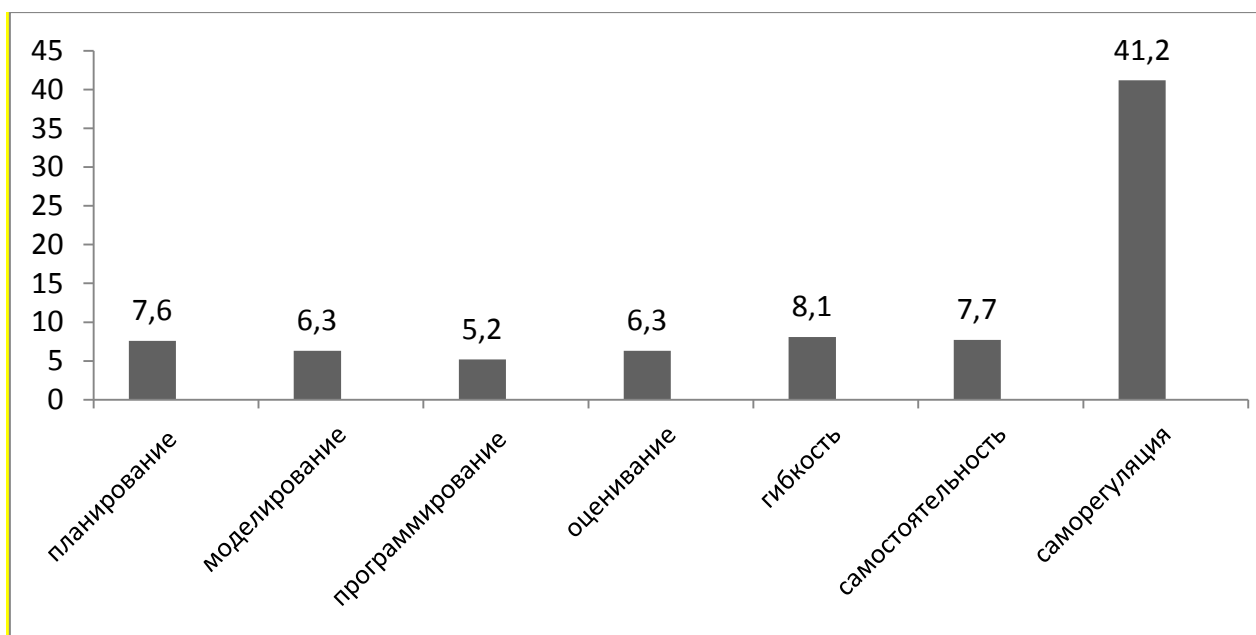


Рис.2.2.3. Выраженность компонентов саморегуляции у пациентов с гипертонической болезнью с высоким показателем саморегуляции (средние значения)

Показатели по шкале «моделирование» ($Me=6,3$) указывают на умение респондентов определять значимые условия достижения цели.

Данные по шкале «программирование» ($Me=5,2$) демонстрируют способность пациентов с высоким уровнем саморегуляции продумывать способы действий и поведения для достижения намеченных целей, они гибко меняют стратегии поведения в новых условиях, более гибко адаптируются к изменившейся ситуации.

Результаты по шкале «оценивание» ($Me=6,3$) свидетельствуют об адекватности самооценки, сформированности и устойчивости субъективных критериев оценки результатов деятельности.

Показатели по шкале «гибкость» ($Me=8,1$) демонстрируют пластичность, лабильность всех регуляторных процессов. В изменившейся ситуации легко перестраивают алгоритм действий и способы поведения.

Респонденты могут самостоятельно планировать деятельность,

поведение, выстраивать план действий по достижению цели, контролировать промежуточные результаты, анализировать итоги, о чем свидетельствуют результаты по шкале «самостоятельность» ($Me=7,7$).

Таким образом, пациенты, страдающие гипертонической болезнью, с высоким уровнем саморегуляции характеризуются более высоким показателем самоконтроля, способности к планированию и оцениванию результатов своей деятельности.

По результатам изучения типа приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью с низкой и высокой саморегуляцией обнаружены различия. Результаты представлены на рисунке 2.2.4.

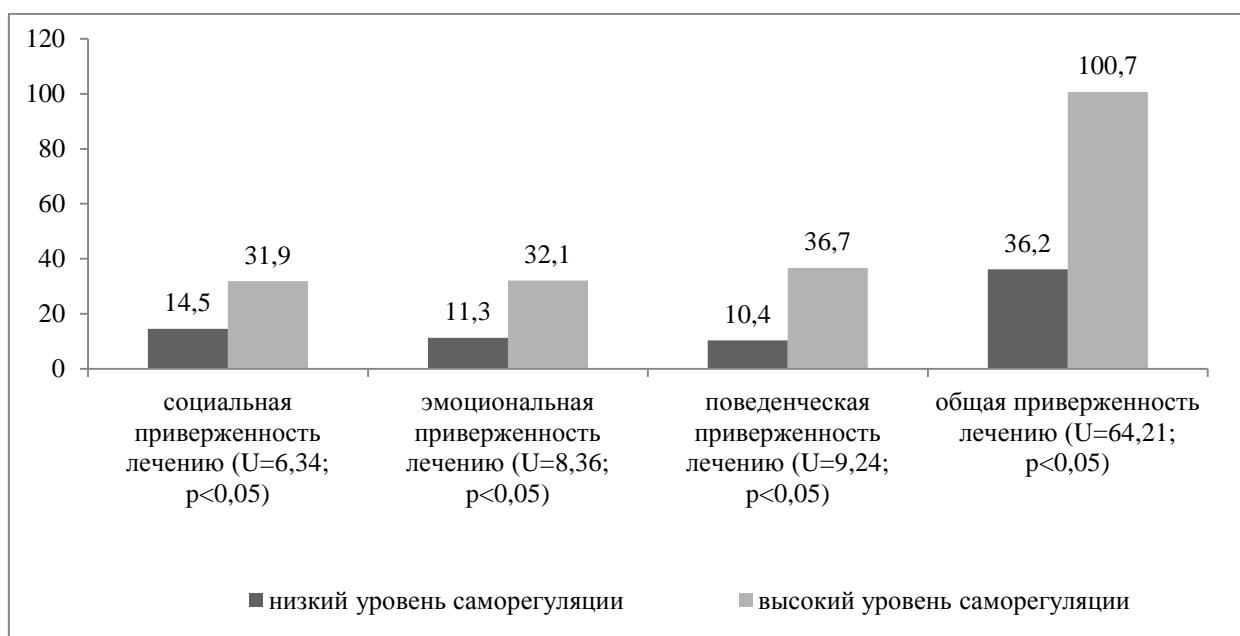


Рис. 2.2.4. Выраженность приверженности лечению пациентов с разным уровнем саморегуляции (средние значения)

Как видно из рисунка 2.2.4., были установлены различия по показателю «общая приверженность лечению» среди пациентов с низким и высоким уровнем саморегуляции ($U=64,21$; $p<0,05$). Пациенты с высоким уровнем саморегуляции чаще демонстрируют согласие на лечение. Для респондентов с высоким показателем саморегуляции характерен и высокий уровень

приверженности лечению. Они вступают в доверительные отношения с лечащим врачом, демонстрируют содружественную позицию, характерна впечатлительность и беспокойство о последствиях или о возможных неудачах лечения. В этой группе преобладает поведенческая приверженность лечению. Такие пациенты точно выполняют все рекомендации врача, направленные на выздоровление.

Обнаружены значимые различия среди респондентов по шкалам «социальная приверженность лечению» ($U=6,34$; $p<0,05$), «эмоциональная приверженность лечению» ($U=8,36$; $p<0,05$), «поведенческая приверженность лечению» ($U=9,24$; $p<0,05$).

Сниженный показатель по шкале «социальная приверженность лечению» у пациентов с гипертонической болезнью с низким уровнем саморегуляции свидетельствует о том, что им не характерно стремление вступать в доверительные отношения с врачами. Они ориентированы на собственные решения, часто проявляют несогласие с мнением врача, склонны вступать в открытые конфронтации. Респонденты стремятся в любой ситуации доказать свою точку зрения, считая ее единственно правильной.

Обнаружены сниженные показатели по шкале «эмоциональная приверженность лечению» у пациентов с гипертонической болезнью с низким уровнем саморегуляции, что указывает на склонность таких пациентов недооценивать тяжесть заболевания, упуская при этом возможные последствия и осложнения. Они пренебрегают некоторыми аспектами лечения, рекомендациями врачей, отказываются от посещения важных процедур и изменения режима дня.

Выявлены более низкие значения по показателю «поведенческая приверженность лечению» у пациентов с гипертонической болезнью с низким уровнем саморегуляции. Для таких пациентов характерна склонность к непостоянству, подверженность влиянию эмоций, обстоятельств, что

отрицательно сказывается на эффективности лечения. Такие личности потворствуют своим желаниям, не делают усилий по выполнению врачебных требований и рекомендаций. Они демонстрируют неорганизованность, безответственность, импульсивность. Часто выражают протест по поводу предписанного лечения, поскольку уверены в отсутствии значимости заболевания. Респонденты данной группы недооценивают тяжесть заболевания, упуская при этом возможные последствия и осложнения, пренебрегают лечением.

Пациенты с гипертонической болезнью с низким показателем саморегуляции чаще демонстрируют низкий уровень согласия на лечение. Однако только соблюдение регулярного выполнения пациентом назначений лечащего врача является залогом эффективной терапии любого заболевания, особенно это относится к хронической патологии. Нарушение приверженности лечению значительно осложняет лечение и реабилитацию пациента, приводит к отсутствию положительной динамики или к прогрессированию заболевания.

По результатам беседы выявили, что мотивация отказа от лечения у пациентов связана с недоверием к методам лечения, предыдущим неблагоприятным опытом и страхом стигматизации. Одной из проблем лечения больных с артериальной гипертонией является низкий показатель приверженности лечению пациентов к медикаментозной терапии. В ряде случаев низкий уровень приверженности лечению связан с близким окружением, а именно: отсутствием социальной поддержки со стороны родных и близких: конфликты в семье, самоизоляция больного, отказ от помощи. Неприятие и недоверие к методам лечения со стороны родных и близких также оказывают негативное влияние на приверженность лечению.

В своем исследовании Ю.Ю. Ковтун отмечает, эффективность системы взаимодействий субъектов среды лечебного учреждения может рассматриваться как нечто такое, что создается усилиями людей, каждый из

которых руководствуется собственными, независимыми от других участников мотивами и которые все вместе продвигаются к какой-то общей цели [27].

Саморегуляция и приверженность взаимосвязаны, поскольку по мере снижения саморегуляции наблюдается и снижение показателя приверженности лечению. Развитие саморегуляции предполагает в свою очередь, повышение согласия на лечение.

Для пациентов, страдающих гипертонической болезнью, с низким уровнем саморегуляции характерен более низкий уровень приверженности лечению. Таким респондентам свойственна ориентация на собственное мнение, они не склонны выполнять рекомендации врачей, стремятся отстаивать свою точку зрения, могут вступать в открытые конфронтации с медицинским персоналом. Они самоуверенные, недооценивают тяжесть симптомов. Поведение характеризуется непостоянством, зависимостью от эмоционального состояния, внешних обстоятельств, что негативно влияет на эффективность лечения. В этой группе преобладает социальная приверженность лечению. Саморегуляция выступает предпосылкой развития приверженности лечению.

Особое значение оказывает на формирование саморегуляции среда лечебного учреждения. От того, как пациенты будут оценивать данную среду, будет формироваться эмоциональное состояние, саморегуляция, ориентация на процесс выздоровления. С этой целью изучали восприятие среды лечебного учреждения пациентами с низкой саморегуляцией.

По результатам факторного анализа данных методики «Семантический дифференциал» (Ч. Осгуд, адаптация Ю.Г. Панюковой) (в контексте настоящего исследования респондентам предложили оценить среду лечебного учреждения) было выделено 3 фактора у пациентов с гипертонической болезнью с высоким и низким уровнем саморегуляции

(учитывались факторные нагрузки выше 0,400). Результаты представлены в таблице 2.2.1.

Таблица 2.2.1.

Результаты факторного анализа в оценке среды лечебного учреждения у респондентов с высоким уровнем саморегуляции

Фактор	Параметры	Факторная нагрузка
1	«прочная»	0,78
	«динамичная»	0,76
	«большая»	0,73
	«контролируемая»	0,68
% дисперсии		28,45%
2	«доступная»	0,66
	«полезная»	0,63
	«спокойная»	0,61
% дисперсии		21,13%
3	«упорядоченная»	0,54
	«родная»	-0,48
% дисперсии		18,49%

Выявлено, что пациенты с гипертонической болезнью с высоким уровнем саморегуляции чаще наделяют среду лечебного учреждения такими понятиями, как «прочная» (0,78), «динамичная» (0,76), «большая» (0,73), «контролируемая» (0,68). Это указывает на то, что у респондентов есть ощущение контролируемости событий, они оценивают среду лечебного учреждения как динамичную, ориентированную на выздоровление. Первый фактор был назван «прогнозируемость среды лечебного учреждения» (дисперсия 28,45%).

Второй фактор представлен компонентами «доступная» (0,66), «полезная» (0,63), «спокойная» (0,61). Это свидетельствует о том, что респонденты оценивают среду лечебного учреждения как доступную, эмоционально устойчивую, но не свободную от определенных правил, режимных моментов. Данный фактор назван нами «позитивная оценка и доступность среды лечебного учреждения» (дисперсия 21,13%).

Третий фактор включает параметры: «упорядоченная» (0,54), «родная» (-0,48). Данный фактор позволяет отметить, что пациенты воспринимают среду лечебного учреждения, как упорядоченную, организованную, но незнакомую, неудобную. Этот фактор назван нами «организованность среды лечебного учреждения» (дисперсия 16,42%).

Таким образом, видим, что респонденты наделяют положительными описательными характеристиками среду лечебного учреждения, воспринимая ее как стабильную, организованную, ориентированную на процесс выздоровления.

Результаты восприятия среды лечебного учреждения респондентами с низким уровнем саморегуляции представлены в таблице 2.2.2.

Таблица 2.2.2.

Результаты факторного анализа в оценке среды лечебного учреждения у респондентов с низким уровнем саморегуляции

Фактор	Параметры	Факторная нагрузка
1	«большая»	0,84
	«хаотичная»	0,72
	«сковывающая»	0,70
	«дефицитарная»	0,64
% дисперсии		26,53%
2	«прочный»	0,63
	«напряжённый»	0,54
	«чужой»	0,52
% дисперсии		19,89%
3	«контролируемый»	0,48
	«динамичный»	-0,43
% дисперсии		16,42%

Установлено, что пациенты с гипертонической болезнью с низким уровнем саморегуляции чаще наделяют среду лечебного учреждения такими понятиями, как «большая» (0,84), «хаотичная» (0,72), «сковывающая» (0,70), «дефицитарная» (0,64). Это указывает на то, что снижено чувство

контролируемости событий, происходящих с ними, снижена волевая саморегуляция. Первый фактор был назван «ограниченность среды лечебного учреждения» (дисперсия 26,53%).

Второй фактор представлен компонентами «прочный» (0,63), «напряжённый» (0,54), «чужой» (0,52). Данный фактор указывает на эмоциональную напряженность, связанную с вынужденным пребыванием в условиях стационара, и назван нами «эмоционально-оценочный компонент среды лечебного учреждения» (дисперсия 19,89%).

Третий фактор включает параметры: «контролируемый» (0,48), «динамичный» (-0,43). Данный фактор позволяет определить, что пациенты не воспринимают среду лечебного учреждения, как развивающуюся, динамичную, способствующую поэтапному выздоровлению. Этот фактор назван нами «формальный компонент среды лечебного учреждения» (дисперсия 16,42%).

Таким образом, по результатам исследования выявлено, что пациентам с гипертонической болезнью, характеризующимся недостаточным уровнем саморегуляции, самоконтроля в эмоциональной сфере, способности к планированию и оцениванию результатов своей деятельности, свойственна низкая приверженность лечению. Нарушение приверженности лечению значительно осложняет лечение и реабилитацию пациента, приводит к отсутствию положительной динамики или к прогрессированию заболевания. Полученные данные подтверждают необходимость работы, направленной на повышение саморегуляции и, как следствие, повышение приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью.

В связи с необходимостью восстановления здоровья, представляется важным изучение закономерностей и механизмов развития саморегуляции как фактора, способствующего повышению приверженности терапии, поскольку, чем выше уровень саморегуляции, тем выше приверженность лечению пациентов, страдающих гипертонической болезнью. Исходя из

этого, считаем, что формирование саморегуляции и, как следствие, повышение уровня приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью с низкой приверженностью лечению и низкой саморегуляцией является важным фактором, способствующим оптимизации эффективности терапии. Своевременное изучение факторов низкой приверженности лечению с использованием системного подхода, учетом психологических, поведенческих и социальных факторов являются залогом успешного лечения. Исходя из этого, важным является определение предикторов, влияющих на формирование приверженности лечению пациентов с артериальной гипертонией.

2.3. Разработка, реализация и оценка эффективности психокоррекционной программы

С целью развития навыков саморегуляции, самоконтроля, гибкости поведения, снижения эмоционального напряжения, что способствует формированию приверженности лечению, была разработана психокоррекционная программа.

По результатам констатирующей диагностики определили задачи психокоррекционной работы:

1. Развитие навыков саморегуляции и самоконтроля у пациентов с гипертонической болезнью.
2. Развитие способности осознавать и понимать свои эмоции; умение выражать свои эмоции.
3. Обучение психотехническим приемам саморегуляции.
4. Снижение эмоционального напряжения.
5. Повышение адаптационного потенциала личности.

6. Формирование позитивного мышление (позитивное восприятие самого себя окружающей действительности с целью регуляции эмоционального напряжения).

Для реализации психокоррекционной программы нами предусмотрено 20 занятий. В связи с ограниченными сроками госпитализации коррекция была в микро группах по 5-7 человек. Занятия проводились 3 раза в неделю, продолжительностью 90 минут.

Основными принципами психокоррекционной работы являются следующие:

1. Принцип единства диагностики и коррекции отражает целостность процесса оказания психологической помощи как особого вида практической деятельности психолога.

2. Принцип конфиденциальности, в соответствии с которым вся информация, полученная в ходе реализации коррекционно – развивающей программы, не подлежит разглашению.

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

4. Принцип системности развития психологической деятельности. Этот принцип задает необходимость учета в коррекционной работе профилактических и развивающих задач. Системность этих задач отражает взаимосвязанность различных сторон личности и гетерохронность (т.е. неравномерность) их развития.

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

Основные этапы коррекционной программы:

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

2. Коррекционно-развивающий этап;

3. Заключительный этап: анализ и подведение итогов работы.

Методические средства реализации программы: арт-терапия, техники психодрамы, упражнения когнитивно-поведенческого направления.

Структура занятия:

1. Ритуал приветствия (позволяет создать атмосферу группового доверия и принятия).

2. Разминка - воздействие на эмоциональное состояние.

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

4. Рефлексия: выражение эмоционального отношения к занятию.

5. Ритуал прощания (по аналогии с ритуалом приветствия).

Тематическое планирование коррекционно-развивающей программы отражено в таблице 2.3.3.

Таблица 2.3.3.

Тематическое планирование коррекционно-развивающей программы «Коррекция низкой приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью с разным уровнем саморегуляции»

Занятие	Содержание занятия
ЗАНЯТИЕ 1. Цель: формирование эмоциональной саморегуляции.	Упражнение «Лучшее о себе» Беседа (обсуждение) Упражнение «В прозрачном шаре» Рефлексия.
ЗАНЯТИЕ 2. Цель: знакомство со способами снижения эмоционального напряжения.	Беседа (обсуждение) Упражнение «Мое тело» Упражнение «Шар для проблем» Рефлексия.
ЗАНЯТИЕ 3 Цель: развитие способности осознавать и понимать свои эмоции; умение выражать свои эмоции.	Беседа (обсуждение) Упражнение: «Метафорический образ моего настроения»

	Упражнение «Какое чувство возникает» Упражнение «Эмоции в теле» Рефлексия.
<p>ЗАНЯТИЕ 4.</p> <p>Цель: формирование навыков саморегуляции поведения, представление информации о взаимосвязи агрессивности и враждебности, знакомство с причинами проявления агрессии.</p>	<p>Беседа (обсуждение)</p> <p>Упражнение «Моя агрессивная энергия»</p> <p>Упражнение «Нарисовать свой гнев»</p> <p>Рефлексия.</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 5.</p> <p>Цель: обучение психотехническим приемам саморегуляции.</p>	<p>Беседа (обсуждение)</p> <p>Упражнение «Дыхательная саморегуляция»</p> <p>Упражнение «Лепим гнев»</p> <p>Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 6.</p> <p>Цель: снижение эмоционального напряжения, работа с соматическим симптомом.</p>	<p>Беседа (обсуждение)</p> <p>Упражнение: «Слова»</p> <p>Упражнение «Угадай настроение»</p> <p>Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 7.</p> <p>Цель: развитие навыков саморегуляции.</p>	<p>Беседа (обсуждение)</p> <p>Упражнение «Стабилизирующее дыхание»</p> <p>Упражнение «В фокусе – цветок»</p> <p>Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 8.</p> <p>Цель: снижение эмоционального напряжения.</p>	<p>Беседа (обсуждение)</p> <p>Упражнение «Два рисунка»</p> <p>Упражнение «Взмах»</p> <p>Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 9.</p> <p>Цель: развитие саморегуляции, повышение адаптационного потенциала личности.</p>	<p>Беседа (обсуждение)</p> <p>Упражнение «Безопасное место»</p> <p>Упражнение «Выметаю болезнь»</p> <p>Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 10.</p> <p>Цель: развитие навыков саморегуляции и самоконтроля, формирование позитивного мышления (позитивное восприятие самого себя окружающей действительности).</p>	<p>Беседа (обсуждение)</p> <p>Упражнение «Я и мир вокруг меня»</p> <p>Упражнение «Карта будущего»</p> <p>Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 11.</p> <p>Цель: развитие эмоциональной саморегуляции, формирование позитивного восприятия будущего.</p>	<p>Беседа (обсуждение)</p> <p>Упражнение «Твоя жизнь»</p> <p>Упражнение «Почувствуй»</p> <p>Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 12.</p> <p>Цель: развитие саморегуляции, формирование позитивного восприятия будущего.</p>	<p>Беседа (обсуждение)</p> <p>Упражнение «Жизненный путь»</p> <p>Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 13.</p> <p>Цель: развитие саморегуляции, формирование позитивного восприятия будущего.</p>	<p>Беседа (обсуждение)</p> <p>Упражнение «Предсказание будущего»</p> <p>Упражнение «Кино»</p> <p>Рефлексия</p>
<p>ЗАНЯТИЕ 14.</p> <p>Цель: развитие навыков саморегуляции и</p>	<p>Беседа (обсуждение)</p> <p>Упражнение «Сделай это сейчас»</p>

самоконтроля, гибкости поведения	Упражнение «Обязываться» Рефлексия
ЗАНЯТИЕ 15. Цель: развитие саморегуляции, формирование позитивного восприятия будущего.	Беседа (обсуждение) Упражнение «Лестница достижений» Упражнение «Мой жизненный путь» Рефлексия
ЗАНЯТИЕ 16. Цель: формирование навыков саморегуляции, снятия мышечного напряжения, формирование позитивного восприятия будущего.	Упражнение «Дыхательная гимнастика» Упражнение «Письмо будущему себе» Беседа (обсуждение) Рефлексия
ЗАНЯТИЕ 17. Цель: развитие эмоциональной саморегуляции, формирование умения выражать свое настроение с помощью вербальных и невербальных средств, повышение адаптационного потенциала личности	Беседа (обсуждение) Упражнение «Какое у вас настроение?» Упражнение «Живой дом» Рефлексия
ЗАНЯТИЕ 18. Цель: развитие эмоциональной саморегуляции, умения дифференцировать эмоции, формирование позитивного мышления (позитивное восприятие самого себя окружающей действительности)	Беседа (обсуждение) Упражнение «Радуга на камне» Упражнение «Какое чувство возникает» Рефлексия
ЗАНЯТИЕ 19. Цель: обучение распознаванию эмоций, рефлексия собственного эмоционального состояния, повышение адаптационного потенциала личности	Беседа (обсуждение) Упражнение «Рисунок: плохие и хорошие чувства» Упражнение «Мой герб» Рефлексия
ЗАНЯТИЕ 20. Цель: развитие навыков саморегуляции и самоконтроля	Беседа (обсуждение) Упражнение «Оценка ресурсов и препятствий» Рефлексия

Более подробное описание упражнений представлено в приложении 2.

В результате проведённой психокоррекционной работы по разработанной нами программе сравнили показатели респондентов с низким уровнем саморегуляции до и после психокоррекционных мероприятий. В ходе итогового тестирования группы респондентов с низким уровнем саморегуляции были получены данные, свидетельствующие о наличии положительной динамики. Результаты исследования показателей саморегуляции представлены на рисунке 2.3.5.

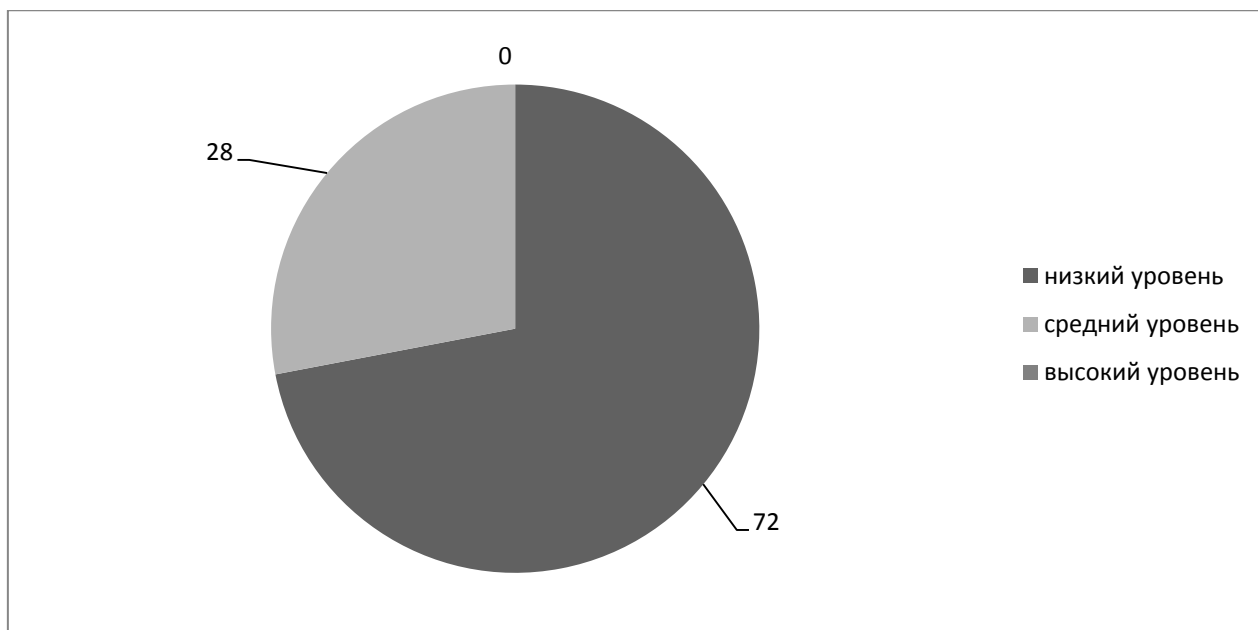


Рис. 2.3.5. Распределение респондентов по уровню саморегуляции после психокоррекции (%)

Как следует из рисунка 2.3.5., после психокоррекционной программы у 28% респондентов выявлен средний уровень саморегуляции. Это свидетельствует о том, что они стали более рационально оценивать свое состояние, более спокойно реагировать на ситуацию болезни, гибко адаптируются к изменениям условий. Респонденты легче овладевают новыми видами активности, увереннее чувствует себя в незнакомых ситуациях.

72% пациентов с гипертонической болезнью характеризуются низким уровнем. Такие респонденты отличаются эмоциональной возбудимостью, импульсивностью. Это указывает на необходимость планомерной и целенаправленной работы по формированию саморегуляции у пациентов с гипертонической болезнью.

Были выявлены различия в выраженности компонентов саморегуляции у пациентов с гипертонической болезнью после психокоррекционной работы. Результаты представлены на рисунке 2.3.6.

Как видно на рисунке 2.3.6., после психокоррекционной программы несколько повысились результаты по показателям саморегуляции.

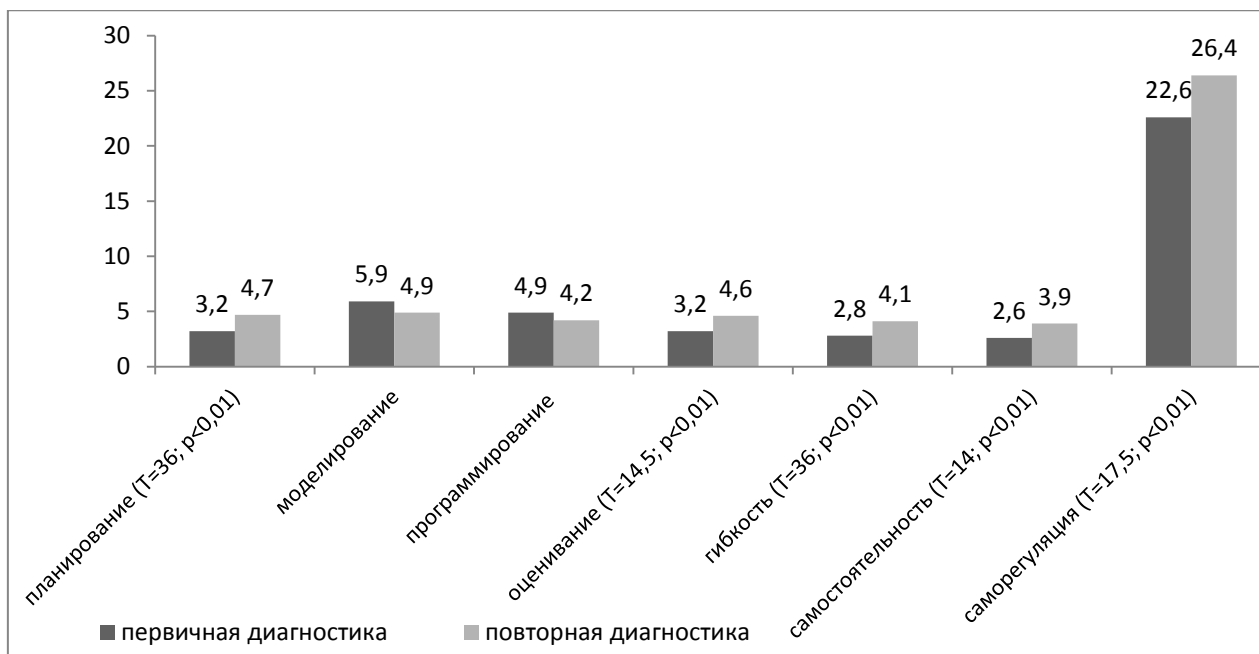


Рис. 2.3.6. Выраженность компонентов саморегуляции у пациентов с гипертонической болезнью после психокоррекции (средние значения)

Выявлены статистически значимые различия по шкалам: «планирование» (T=36; p<0,01), «оценивание» (T=14,5; p<0,01), «гибкость» (T=36; p<0,01), «самостоятельность» (T=14; p<0,01), «общий показатель саморегуляции» (T=17,5; p<0,01).

Это свидетельствует о том, что пациенты с гипертонической болезнью стали более способны к планированию деятельности, удержанию целей, построению алгоритма действий, четкому следованию цели. Они стали более последовательны в своих действиях, формулируют реалистичные цели, которым следуют в дальнейшем.

Респонденты стали более критичны к себе, своим действиям. Более четко сформированы и устойчивы субъективные критерии оценки результатов. Они гибко адаптируются к изменению условий. Они стали более самостоятельными в принятии решений, полагаются на свой выбор и свое мнение.

Пациенты стали легче переключаться в динамичной, быстро меняющейся обстановке, в новых условиях чувствуют себя более уверенно.

Они стараются оперативно реагировать на ситуацию, быстро и своевременно планировать деятельность и поведение, разрабатывать программу действий, выделять значимые условия, оценивать рассогласование полученных результатов с первоначальной целью и вносить коррективы. Респонденты демонстрируют большую пластичность регуляторных процессов.

У пациентов с гипертонической болезнью несколько повысилась саморегуляция, что свидетельствует о том, что они стали более самостоятельны в принятии решений, гибко и адекватно реагируют на смену условий, выдвижение и достижение цели у них в значительной степени осознанно.

Результаты изучения типа приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью после психокоррекции представлены на рисунке 2.3.7.

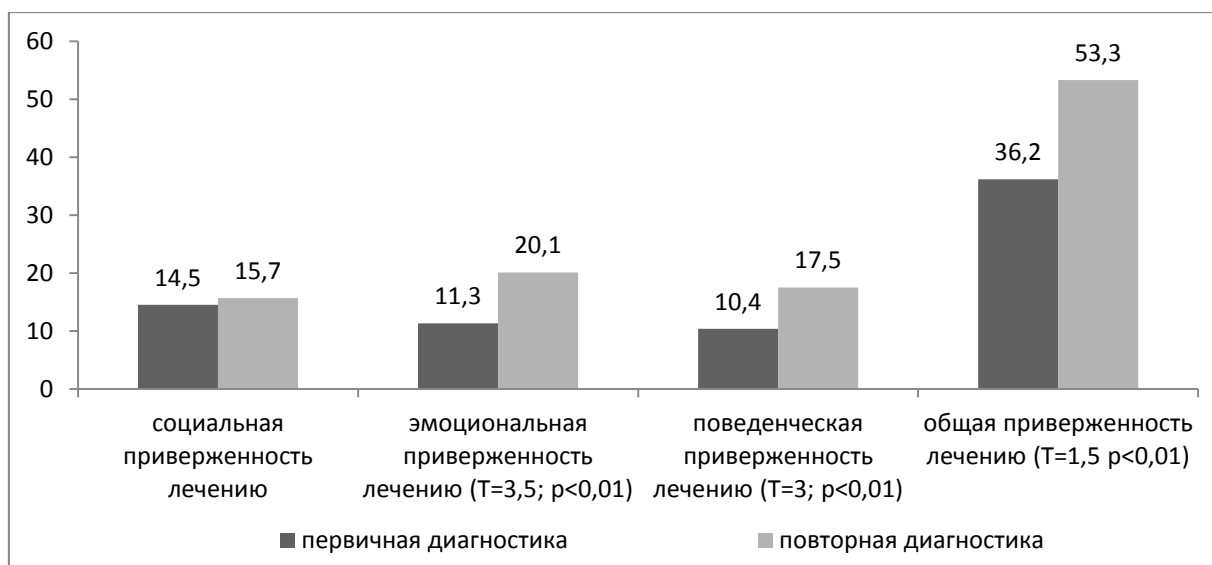


Рис. 2.3.7. Выраженность приверженности лечению пациентов после психокоррекции (средние значения)

По результатам изучения приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью обнаружены различия. Как видно из рисунка 2.3.7., после психокоррекционной программы наметилась положительная динамика в показателях выраженности приверженности лечению.

Обнаружены различия по шкалам: «эмоциональная приверженность лечению» ($T=3,5$; $p<0,01$), «поведенческая приверженность лечению» ($T=3$; $p<0,01$), «общая приверженность лечению» ($T=1,5$; $p<0,01$).

Полученные результаты указывают на то, что пациенты с гипертонической болезнью стали более реалистично подходить к оценке тяжести своего заболевания, объективно оценивая возможные последствия и осложнения. По результатам беседы выявили, что пациенты стали чаще прислушиваться к мнению врачей, следовать их рекомендациям, соблюдать режим дня, посещать медицинские процедуры, брать на себя ответственность за процесс выздоровления.

Респонденты стали реже демонстрировать импульсивное поведение, действовать сиюминутно под влиянием эмоций. Ориентированы на достижение цели в ситуации болезни – выздоровление. Им характерна целенаправленность в соблюдении врачебных предписаний, стабильность, готовность справляться с болезнью.

Общий показатель приверженности лечению характеризуется средневыраженным уровнем. Это свидетельствует о том, что респонденты склонны действовать чаще ситуативно, приверженность лечению зависит от мотивации и личной выгоды. Пациенты демонстрируют озабоченность, беспокойство о будущем, сдержаны в проявлении эмоций. Не всегда готовы идти на риск, связанный с лечением заболевания, однако уверены в том, что самостоятельно преодолеть болезнь они не в состоянии.

По результатам психокоррекционной программы несколько повысился показатель приверженности лечению. Психокоррекционная работа, направленная на развитие регуляторных навыков пациентов, способствует формированию приверженности лечению. Приверженность пациента к терапии, активное его участие в процессе лечения и строгое соблюдение назначенных ему медикаментозных схем, лечебного режима имеет огромное значение в лечении хронических заболеваний и является важной

составляющей успеха психотерапии. Выявили, что развитие саморегуляции способствовало увеличению приверженности лечению.

Поскольку от того, насколько у человека сформированы регуляторные процессы, зависит его восприятие болезни, себя в ситуации болезни, пространственной среды, что, влияет на развитие приверженности лечению, в целом на процесс выздоровления, мы изучили, как пациенты с низким уровнем саморегуляции оценивают среду лечебного учреждения после психокоррекционной программы. По результатам факторного анализа данных методики «Семантический дифференциал» (Ч. Осгуд, адаптация Ю.Г. Панюковой) (в контексте настоящего исследования респондентам предложили оценить среду лечебного учреждения) было выделено 3 фактора у пациентов с гипертонической болезнью с низким уровнем саморегуляции (учитывались факторные нагрузки выше 0,400) (общий процент дисперсии более 50%). Результаты представлены в таблице 2.3.4.

Таблица 2.3.4.

Результаты факторного анализа в оценке среды лечебного учреждения у респондентов после психокоррекционной программы

Фактор	Параметры	Факторная нагрузка
1	«большая»	0,68
	«упорядоченная»	0,65
	«полезная»	0,63
	«контролируемая»	0,61
% дисперсии		23,42%
2	«доступный»	0,60
	«спокойный»	0,58
	«прочный»	0,57
% дисперсии		18,26%
3	«динамичный»	0,46
	«избыточный»	0,44
	«чужой»	0,43
% дисперсии		16,18%

Выявлено, что пациенты с гипертонической болезнью стали оценивать среду лечебного учреждения, как более организованную и упорядоченную.

Установлено, что пациенты с гипертонической болезнью чаще наделяют среду лечебного учреждения такими понятиями, как «большая» (0,68), «упорядоченная» (0,65), «полезная» (0,63), «контролируемая» (0,61). Это указывает на то, что респонденты стали оценивать среду лечебного учреждения как более подверженную их контролю, стали демонстрировать содружественную позицию по отношению к медицинскому персоналу. Первый фактор был назван «организованность и позитивная оценка среды лечебного учреждения» (дисперсия 23,42%).

Второй фактор представлен компонентами «доступный» (0,60), «спокойный» (0,58), «прочный» (0,57). Данный фактор указывает на то, что респонденты стали менее напряженно воспринимать ситуации вынужденного пребывания в стационаре, более рационально подходить к оценке ситуации. Данный фактор назван нами «стабильность среды лечебного учреждения» (дисперсия 18,26%).

Третий фактор включает параметры: «динамичный» (0,46), «избыточный» (0,44), «чужой» (0,43) Этот фактор позволяет определить, что пациенты склонны оценивать среду лечебного учреждения как динамичную, способствующую поэтапному выздоровлению, они нацелены на процесс выздоровления, хотя и воспринимают среду лечебного учреждения как незнакомую. Этот фактор назван нами «эффективность среды лечебного учреждения» (дисперсия 16,18%).

Таким образом, по результатам исследования выявили, что после психокоррекционной программы у респондентов с гипертонической болезнью несколько повысился показатель саморегуляции, снизилось эмоциональное напряжение, они стали гибко адаптироваться к новым условиям, демонстрировать ответственность в процессе выздоровления, проявлять содружественную позицию по отношению к медицинскому персоналу, наделять среду лечебного учреждения более позитивными описательными характеристиками, наметилась положительная динамика в

выраженности показателей приверженности лечению. Полученные нами данные подтверждают необходимость, планомерность и целенаправленность работы, направленной на повышение саморегуляции и приверженности лечению пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием. Исходя из этого, мы считаем, что формирование саморегуляции и, как следствие, повышение уровня приверженности лечению пациентов с хроническими соматическими заболеваниями является важным фактором, способствующим оптимизации эффективности терапии. Будучи зависимым, от множества факторов, приверженность лечению меняется в процессе лечения. Знание структуры приверженности лечению и тех факторов, от которых она зависит, позволит четко определиться с задачами психокоррекции и проводить лечение более целенаправленно.

По результатам исследования гипотеза подтвердилась: пациенты с гипертонической болезнью с низким уровнем саморегуляции, гибкости поведения, самостоятельности, способности к планированию и оцениванию результатов своей деятельности проявляют низкую приверженность лечению. Использование программы психокоррекции, направленной на развитие навыков саморегуляции, самоконтроля, гибкости поведения, снижение эмоционального напряжения, способствует формированию приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью.

Заключение

Одной из важных проблем в области российского здравоохранения является низкая приверженность пациентов лечению, что приводит к недостаточному контролю над заболеванием и тяжелым последствиям. Нарушение приверженности лечению значительно осложняет медицинскую помощь и реабилитацию пациента, приводит к отсутствию положительной динамики или к прогрессированию заболевания. Под приверженностью лечению понимается осознанное сотрудничество врача и пациента, а также членов его семьи, выступающее обязательным условием любого лечения и обеспечивающее эффективность терапии. Приверженность лечению необходимо рассматривать как сложный динамический клинико-психологический феномен, включающий в себя эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты. Важную роль в формировании приверженности лечению у пациента хроническими соматическими заболеваниями играют процессы саморегуляции личности. Развитость процессов саморегуляции способствует наиболее эффективному выполнению лечебных рекомендаций, обеспечивает поддержание нервно-психической устойчивости личности, предупреждает и уменьшает негативное воздействие стресса, обусловленное заболеванием.

Стресс и нарушения психической адаптации могут выступать в качестве условий, предрасполагающих к формированию заболеваний сердечно-сосудистой системы – как органических, так и функциональных (соматоформных дисфункций сердечно-сосудистой системы).

Для больных гипертонической болезнью характерна низкая эффективность эмоционально-фокусированного совладания, отражающая общие трудности эмоциональной саморегуляции поведения, особенно в условиях повышенной эмоциональной нагрузки. Значимая роль в развитии гипертонической болезни отводится психоэмоциональному напряжению,

оказывающему влияние на работу вегетативной нервной системы. Возникновению гипертензивных состояний способствует реактивность людей, что является следствием недостаточной сформированности регуляторных процессов.

По результатам исследования определили выраженность приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью с разным уровнем саморегуляции. Большинство пациентов обладают низким уровнем саморегуляции. Такие респонденты характеризуются эмоциональной возбудимостью, импульсивностью, они в большей степени требовательны к окружающим, нежели к себе, проявляют нетерпеливость в общении с другими, несдержанность. Во взаимодействии с медицинским персоналом демонстративны, стремятся привлечь к себе внимание. Они самоуверенны, эгоцентричны, обидчивы.

Им свойственен низкий уровень способности к продуцированию идей, планированию деятельности и удержанию целей, сформированность осознанного планирования деятельности недостаточно выражена. Они не критичны к себе, своим действиям. Субъективные параметры успешности недостаточно стабильны, что ведет к искажению оценки результатов деятельности, снижению работоспособности, результативности, особенно при увеличении объема работы.

Респондентам сложно переключаться в динамичной, быстро меняющейся обстановке, в новых условиях чувствуют себя неуверенно, испытывают зависимость от мнений и оценок окружающих.

Для пациентов, страдающих гипертонической болезнью, с низким уровнем саморегуляции характерен более низкий уровень приверженности лечению. Им свойственна ориентация на собственное мнение, не склонны выполнять рекомендации врачей, стремятся отстаивать свою точку зрения, могут вступать в открытые конфронтации с медицинским персоналом, недооценивают тяжесть симптомов. Поведение характеризуется

непостоянством, зависимостью от эмоционального состояния, внешних обстоятельств, что негативно влияет на эффективность лечения.

У пациентов, страдающих гипертонической болезнью, снижено чувство контролируемости событий, происходящих с ними в среде лечебного учреждения, снижена волевая саморегуляция. Им свойственна эмоциональная напряженность, связанная с вынужденным пребыванием в условиях стационара. Они не воспринимают среду лечебного учреждения, как развивающуюся, динамичную, способствующую выздоровлению.

С целью развития навыков саморегуляции, самоконтроля, гибкости поведения, снижения эмоционального напряжения, что способствует формированию приверженности лечению, была разработана психокоррекционная программа.

В ходе итогового тестирования группы испытуемых с низким уровнем саморегуляции были получены данные, свидетельствующие о наличии положительной динамики.

После психокоррекционной программы респонденты стали более рационально оценивать свое состояние, спокойнее реагировать на ситуацию болезни, демонстрировать гибкость поведения, увереннее чувствовать себя в незнакомых ситуациях.

Они стали более последовательны в своих действиях. Респонденты демонстрируют самостоятельность в принятии решений, полагаются на свой выбор и свое мнение. Пациенты стали легче переключаться в динамичной, быстро меняющейся обстановке. Их характеризует большая пластичность регуляторных процессов. У пациентов с гипертонической болезнью несколько повысилась саморегуляция, что свидетельствует о том, что они стали более самостоятельны в принятии решений, гибко и адекватно реагируют на смену условий, выдвижение и достижение цели у них в значительной степени осознанно.

Пациенты, страдающие гипертонической болезнью, стали более реалистично подходить к оценке тяжести своего заболевания, объективно оценивая возможные последствия и осложнения, прислушиваться к мнению врачей, следовать их рекомендациям, соблюдать режим дня, посещать медицинские процедуры, брать на себя ответственность за процесс выздоровления. Респонденты стали реже демонстрировать импульсивное поведение, действовать сиюминутно под влиянием эмоций. Ориентированы на достижение цели в ситуации болезни – выздоровление. Им характерна целенаправленность в соблюдении врачебных предписаний, стабильность, готовность справляться с болезнью. Не всегда готовы идти на риск, связанный с лечением заболевания, однако уверены в том, что самостоятельно преодолеть болезнь они не в состоянии.

Они воспринимают среду лечебного учреждения как более подверженную их контролю, демонстрируют более содружественную позицию по отношению к медицинскому персоналу, менее напряженно воспринимают ситуации вынужденного пребывания в стационаре, более рационально подходить к оценке ситуации.

По результатам проведенного исследования были сформулированы следующие выводы:

1. Пациенты, страдающие гипертонической болезнью, демонстрируют низкий уровень саморегуляции, повышенную импульсивность, психоэмоциональное напряжение.

2. У пациентов с гипертонической болезнью с низким уровнем саморегуляции потребность в осознанном планировании своей деятельности недостаточно сформирована, они более зависимы от ситуации и мнения окружающих людей.

3. Для пациентов, страдающих гипертонической болезнью, с низким уровнем саморегуляции характерен более низкий уровень приверженности лечению.

4. Респонденты ориентированы на собственные решения, часто проявляют несогласие с мнением врача, склонны вступать в открытые конфронтации.

5. После психокоррекционной программы у пациентов с гипертонической болезнью несколько повысился показатель саморегуляции, снизилось эмоциональное напряжение, они стали более гибко адаптироваться к новым условиям, демонстрировать ответственность в процессе выздоровления, проявлять содружественную позицию по отношению к медицинскому персоналу, наделять среду лечебного учреждения более позитивными описательными характеристиками.

По результатам исследования гипотеза подтвердилась: пациенты с гипертонической болезнью с низким уровнем саморегуляции, гибкости поведения, самостоятельности, способности к планированию и оцениванию результатов своей деятельности проявляют низкую приверженность лечению. Использование программы психокоррекции, направленной на развитие навыков саморегуляции, самоконтроля, гибкости поведения, снижение эмоционального напряжения, способствует формированию приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью.

Нами были сформулированы рекомендации пациентам, страдающим гипертонической болезнью, направленные на повышение саморегуляции:

1. В состоянии эмоционального напряжения постараться успокоиться, сделать несколько глубоких вдохов и выдохов.

2. Эффективной эмоциональной саморегуляции способствует использование приемов воображения или визуализации.

3. Переключиться на какое-нибудь интересное дело (чтение увлекательной книги, просмотр фильма и т. п.) или на деловую сторону предстоящей деятельности.

4. Придание событию меньшей ценности или переоценка значимости ситуации.

5. Получение новой информации, снимающей неопределенность ситуации.

6. Разработка запасной отступной стратегии достижения цели на случай неудачи.

7. Откладывание на время достижения цели в случае осознания невозможности сделать это при наличных знаниях, средствах и т.п.

8. Физическая разрядка, поскольку при сильном эмоциональном переживании организм дает мобилизационную реакцию для интенсивной мышечной работы.

9. Использование способов гармонизации эмоционального состояния (прослушивание музыки, рисование, занятия по интересам).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Аведисова, А.С. Проблемы длительной терапии хронических заболеваний: комплаенс – отказ от терапии – мотивация к лечению / А.С. Аведисова // Эффективная фармакология. Эндокринология. – 2018. - № 48. – С. 64–69.
2. Алёхин, А.Н. Психологические проблемы в аритмологии (на модели фибрилляции предсердий) / А.Н. Алёхин, Е.А. Трифонова, Д.Н. Лебедев, Е.Н. Михайлов // Вестник аритмологии. – 2011. – № 63. – С. 45-54.
3. Алёхин, А.Н. Психологические факторы кардиометаболического риска: история и современное состояние проблемы / А.Н. Алёхин, Е.А. Трифонова // Артериальная гипертензия. – 2012. - Т18. -№4. - С.278-291.
4. Анохин, П.К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса / П.К. Анохин. – М., Медицина, 1968. – 127 с.
5. Анцыферова, Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л.И. Анцыферова // Психологический журнал. – 2004. – №1. – С. 19-25.
6. Апчел, А.В. Психофизиологические детерминанты психосоматических нарушений на фоне посттравматических стрессовых расстройств / А.В. Апчел, А.В. Гордиенко, Н.В. Павлова, Е.Д. Пятибрат, Е.А. Дергачева, В.Ю. Таяновский // Вестник Российско-военной медицинской академии. -2010. - 4(32). - С. 116-119.
7. Биккинина, Г.М. Приверженность к лечению у пациентов с различным типом отношения и мотивацией к приему медикаментов / Г.М. Биккинина, Э.Р. Исхаков // Современные наукоемкие технологии. - 2015. - № 4. - С. 94-95.

8. Бирюкова, Л.А. Приверженность к лечению больных ишемической болезнью сердца с болевой и безболевой формой / Л.А. Бирюкова // Сибирский медицинский журнал. - 2018. - № 4. - С. 75-77.
9. Бунова, С.С. Возрастные различия характеристик эмоциональной сферы у пациентов с артериальной гипертонией / С.С. Бунова, Н.Н. Карловская, Ю.В. Москвина // Психосоматическая медицина. - 2018. - С. 54–55.
10. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение / А.М. Вейн. - М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 752 с.
11. Вольская, Е.А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях / Е.А. Вольская // Ремедиум.– 2013.– №11. – С.6-15.
12. Вундт, В. Очерки психологии / В. Вундт. – М., 2007. – 485 с.
13. Гафаров, В.В. Изучение влияния враждебности на риск возникновения артериальной гипертонии, инфаркта миокарда, инсульта в выборке мужчин 25–64 лет (Эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «MONICA») / В.В. Гафаров, Е.А. Громов, И.В. Гагулин // Терапевтический архив. - 2006. - № 9. - С. 17–21.
14. Головаха, Е.И. Психология человеческого взаимопонимания / Е.И. Головаха, Н.В. Панина. – Киев : Политиздат, 2010. – 189 с.
15. Грановская, Р.М. Психологическая защита у детей / Р.М. Грановская, И.М. Никольская. – СПб.: Речь, 2006. – 342 с.
16. Грехов, Р.А. Локус контроля и феномен выученной беспомощности / Р.А. Грехов, Г.П. Сулейманова, Е.И. Адамович // Вестник Волгоградского государственного университета. – Серия 11 Естественные науки. - 2018. - № 1 (15). - С. 74-84.
17. Гроголева, О.Ю. Взаимосвязь опыта прощения с агрессией и тревожностью у пациентов с диагнозом «Артериальная гипертензия» /

- О.Ю. Гроголева, И.Г. Захарова // Вестник Омского университета. Серия «Психология». - 2015. - №2. - С. 6–9.
18. Грубова, И.В. Особенности психологической адаптации к заболеванию больных ишемической болезнью сердца / И.В. Грубова // Психология психических состояний: сборник материалов международной конференции. - Казань: Отечество. - 2014. – Вып. 4. - С. 29-32.
 19. Данилов, Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации / Д.С. Данилов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.– 2014.– №2.– С.4-12.
 20. Дюсенова, Л.Б. Современные методы определения приверженности лечению при артериальной гипертензии / Л.Б. Дюсенова, Л.М. Пивина // Вестник казахского национального медицинского университета. – 2018. - №3. – С.30-33.
 21. Запорожец, А.В. Эмоции и их роль в регуляции деятельности / А.В. Запорожец // Личность и деятельность: Тезисы докладов к V Всес. съезду психологов СССР. – М.: Просвещение, 1977. – 62 с.
 22. Изард, К. Психология эмоций / К. Изард. – СПб.: Питер, 2007. – 464 с.
 23. Кадыров, Р.В. Опросник «Уровень комплаентности» / Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук. – Владивосток: Мор. гос. ун-т; 2014. – 74 с.
 24. Каратаева, Г.Т. Комплаентность, ее значение в терапии хронических заболеваний / Г.Т. Каратаева // Наука и новые технологии. - 2010. - №3. - С. 136-139.
 25. Касимова, Л.Н. Роль психических факторов в развитии злокачественных новообразований / Л.Н. Касимова, Т. В. Илюхина // Нижегородский медицинский журнал. – 2017. – № 1. – С. 71–78.
 26. Китаев-Смык, Л.А. Психология стресса / Л.А. Китаев-Смык. – М.: Наука, 2013. – 368 с.

27. Ковтун Ю.Ю. Субъект социального компонента экопсихологической системы / Ю.Ю. Ковтун // Системная психология и социология. – 2014. - №3 (11). – С. 50-56.
28. Колесов, С.Г. Саморегуляция поведения и деятельности / С.Г. Колесов // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. - 2014. - №11-1. - С. 377-379.
29. Конопкин, О.А. Общая способность к саморегуляции как фактор субъектного развития / О.А. Конопкин / Вопросы психологии. – 2014. – № 13. – С. 128-135.
30. Конопкин, О.А. Психическая саморегуляция произвольной активности человека / О.А. Конопкин // Вопросы психологии – 1995. – № 1. – С. 5-12.
31. Конопкин, О.А. Психологические механизмы регуляции деятельности / О.А. Конопкин. – М.: Ленанд, 2011. – 320 с.
32. Конради, А.О. Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний / А.О. Конради // Справочник поликлинического врача. – 2007. – Т.4. – №6. – С.21-25.
33. Кремлева, О.В. Проблемы нонкомплаентности в соматической клинике, тактики преодоления / О.В. Кремлева // Медицинская психология в России. – 2013. – N 4 (21). - [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://mprj.ru>.
34. Кузнецов, А.Н. Влияние социального типа личности на приверженность лечению / А.Н. Кузнецов, Н.Ю. Григорьева, М.А. Емельянова, М.В. Майорова // Терапия. – 2017. - №3 (13). – С 96-99.
35. Кушаковский, М. С. Аритмии сердца. Нарушение сердечного ритма и проводимости / М.С. Кушаковский. – М.: Фолиант, 2015. – 672 с.
36. Лазарус, Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. Эмоциональный стресс / Р. Лазарус. – Л.: Лениздат, 1970. – 328 с.

37. Легочная гипертензия и правожелудочковая недостаточность. Ч. VII. Эпидемиология, факторы риска и патогенез первичной (идиопатической) легочной артериальной гипертензии / Т.А. Батыралиев, С.А. Махмутходжаев, Э. Эсинси и др. // Кардиология. – 2007. – Т. 47. – № 2. – С. 44–56.
38. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев. – М., Политиздат, 2013. – 304 с.
39. Ложкина, Л.И. Психологические аспекты комплаенса: постановка проблемы / Л.И. Ложкина // Ежемесячный научно-практический медицинский журнал. – 2015.-№2. – С.81-82.
40. Лукина, Ю.В. Приверженность лечению: современный взгляд на знакомую проблему / Ю.В. Лукина, Н.П. Кутишенко, С.Ю. Марцевич // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017.- 16(1). - С.91-95.
41. Мартынов, А.А. Повышение приверженности пациентов стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений к лечебно-реабилитационным программам и факторы, оказывающие влияние на комплаентность / А.А. Мартынов, Е.В. Спиридонова, М.М. Бутарева // Вестник дерматологии и венерологии. - 2012. - № 1. - С. 21–27.
42. Микиртичан, Г.Л. Комплаентность как медико-социальная и этическая проблема педиатрии / Г.Л. Микиртичан, Т.В. Каурова, О.К. Очкур // Вопросы современной педиатрии. - 2015. - Т. 11. - № 6. – С. 5-10.
43. Моросанова, В.И. Диагностика индивидуально-стилевых особенностей саморегуляции в учебной деятельности юношей / В.И. Моросанова, Р.Р. Сагиев // Вопросы психологии. – 2014. – № 5. – С. 134-140.
44. Моросанова, В.И. Личностные аспекты саморегуляции произвольной активности человека / В.И. Моросанова // Психологический журнал. – 2002. – № 6.– С.5-17.

45. Моросанова, В.И. Личностные и когнитивные аспекты саморегуляции деятельности человека / В.И. Моросанова. – М.: Психологический институт РАО, 2016. – 150 с.
46. Моросанова, В.И. Стилевая саморегуляция поведения человека / В.И. Моросанова, Е.М. Коноз // Вопросы психологии. – 2015. – №2. – С. 118-127.
47. Мясищев, В.Н. Психология отношений / В.Н. Мясищев. – М.: МПСИ, 2005. – 158 с.
48. Налетов, А.В. Проблема комплаентности в современной гастроэнтерологии / А.В. Налетов, С.В. Налетов, А.С. Барина, Ю.С. Вьюниченко // Университетская клиника. – 2017. - Том 13. - № 2.- С. 213-218.
49. Незнанов, Н.Г. Проблема комплаенса в клинической психиатрии / Н.Г. Незнанов, В.Д. Вид // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – 4. – С. 8–14.
50. Осницкий, А.К. Проблемы исследования субъективной активности /А.К. Осницкий // Вопросы психологии. - 2006. - №1. - С. 5-19.
51. Осницкий, А.К. Регуляция деятельности и направленность личности. Монография / А.К. Осницкий. - М.: НОУ МЭЛИ, 2007. - 248 с.
52. Пиманов, С.И. Приверженность к фармакотерапии – необходимое условие эффективного лечения / С.И. Пиманов, Е.А. Дикарев, Е.В. Макаренко // Лечебное дело. – 2014. - № 5 (39). – С. 47-52.
53. Полин, А.В. Медицинская психология. Полный курс / А.В. Полин. – М.: Научная книга, 2017. – 256 с.
54. Потапова, Н.А. Проблемы изучения феномена алекситимии в психологии / Н.А. Потапова, Р.А. Грехов, Г.П. Сулейманова, Е.И. Адамович // Вестник Волгоградского государственного университета. – Серия 11 Естественные науки. - 2016. - № 2 (16). - С. 65-73.

55. Редько, Н.Г. Динамика психовегетативных параметров в зависимости от свойств темперамента при обучении саморегуляции пациентов с артериальной гипотонией / Н.Г. Редько // Бюллетень Сибирского отделения Российской Академии медицинских наук. - 2018. - №6. - Том 30. - С. 52-56.
56. Рейковский, Я. Экспериментальная психология эмоций / Я. Рейковский. – М.: Прогресс, 2004. – 283 с.
57. Ромек, В.Г. Открытие выученной беспомощности / В.Г. Ромек // Психологическое консультирование: проблемы, методы, техники. – Ростов-н/Д.: Изд-во ЮРГИ, 2000. – С. 278–287.
58. Рубинштейн, Л.С. Основы общей психологии / Л.С. Рубинштейн. - 2-е изд.- СПб: Питер, 2012. – 713 с.
59. Соколова, Е.Т. Перспективы системной модели комплайенса / Е.Т. Соколова // Сб. мат. Всеросс. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Клиническая психология в здравоохранении и образовании». - М.: МГМСУ. - 2011. - С. 24-30.
60. Федотова, А.В. Комплаенс. Эффективная коммуникация врач–пациент / А.В. Федотова. – [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.paininfo.ru/events/vein09/2544.html>.
61. Френкин, Р.Е. Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты / Р.Е. Френикин. - СПб.: Питер, 2003. – 651 с.
62. Хохлов, А.Л. Анализ факторов, определяющих приверженность к антигипертензивной терапии / А.Л. Хохлов, Л.А. Лисенкова, А.А. Раков // Качественная клиническая практика. - 2003. - № 4. - С. 59-66.
63. Чукаева, И.И. Что такое приверженность к лечению, и что можно сделать для ее улучшения (на примере артериальной гипертензии) / И.И. Чукаева // Лечебное дело.- 2012. - № 2. - С. 21-26.

64. Шварц, Ю.Г. Приверженность пациентов к лечению с позиций доказательной медицины / Ю.Г. Шварц, Е.А. Наумова // Международный медицинский журнал. - 2005. - Т. 11.- № 3. - С. 120-125.
65. Штрахова, А.В. Мотивационный компонент внутренней картины болезни как фактор приверженности к терапии у больных соматическими заболеваниями с витальной угрозой / А.В. Штрахова, Э.В. Арсланбекова // Вестник ЮУрГУ. – 2011. - №29. - С. 82-89.
66. Ядов, В.А. О диспозиционной регуляции социального поведения личности / В.А. Ядов // Методологические проблемы социальной психологии. - М.: Просвещение, 1975. – С. 89-106.
67. Jin, J. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective / J. Jin, G.E. Sklar, M.N. Oh, S.C. Li // Therapeutics and Clinical Risk Management. - 2008. - Vol. 4.- № 1. — P. 269–286.
68. Paschal, A.M. Measures of adherence to epilepsy treatment: review of present practices and recommendations for future directions / A.M. Paschal, S.R. Hawley, T.S. Romain // Epilepsia. - 2008. - Vol.49.- № 7. - P. 1115-1122.
69. Horne, R. Compliance, adherence and concordance / R. Horne // Pharmacy Practice. - London: Taylorand Francis, 2001. - 184 p.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Психодиагностические методики

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

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

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

При составлении опросника использовались следующие принципы:

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

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

Обработка результатов.

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

Ключ к опроснику «Уровень приверженности лечению»

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

Оценка результата

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

За неопределенный ответ – 1 балл.

Далее подсчитывается суммарный показатель по каждому из параметров.

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

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

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

От 81 до 120 – высокий уровень приверженности лечению.

Опросник «Уровень комплаентности» для людей, страдающих хроническими заболеваниями

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

Вопросы

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

30. Прием лекарств вызывает у меня чувство тревоги, которая связана с приемом препаратов.
31. После приема лекарств у меня бывают перепады настроения.
32. Выходя из дома, я проверяю, взял (а) ли с собой необходимое лекарство.
33. Решая свои проблемы со здоровьем, я, как правило, не могу обойтись без посторонней помощи.
34. Мне кажется, что я слишком сильно озабочен (а) состоянием своего здоровья.
35. Я советуюсь с врачом, когда решаю отказаться от приема препаратов.
36. С нетерпением жду следующего приема лекарств, так как боюсь его пропустить.
37. Считаю, что люди, которые халатно относятся к предписаниям доктора, рискуют своим здоровьем
38. Если у меня дурное самочувствие, я стараюсь его перебороть.
39. Когда я болею, меня больше всего угнетает, то, что люди начинают меня сторониться.
40. Я стараюсь перебороть болезнь и работать (учиться) как прежде.
41. Всеми силами стараюсь не поддаваться болезни.
42. Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением.
43. Я был (а) бы готов (а) на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни.
44. Я хотел (а) бы лечиться у такого врача, у которого большая известность.
45. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал (а) врачу что-то важное, что может повлиять на успех лечения.
46. Я испытываю дискомфорт, если не вовремя принимаю лекарство.
47. Когда я болею, мне стыдно признаться в этом даже самым близким людям.
48. Я бы не хотел (а) обременять своим заболеванием близких мне людей.
49. Я не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе).
50. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем.
51. Думаю, что приём лекарств, способствует моему выздоровлению
52. Меня тревожит то, что болезнь может существенно отразиться на моём будущем.
53. Я всеми силами стараюсь победить болезнь.
54. Стараюсь не разочаровывать своего лечащего врача, и поэтому следую всем его рекомендациям.
55. Придерживаясь предписаний врача, я долго волнуюсь по поводу того, что могу сделать что-то неверно.
56. Охотно выслушиваю наставления, касающиеся своего здоровья.
57. Стараюсь придерживаться здорового образа жизни для поддержания оптимального состояния своего здоровья.
58. Если врач говорит, что я болен (а), значит – надо лечиться!
59. Для того, чтобы начать лечение, мне необходимо знать его последовательность.
60. Если я чувствую эмоциональную поддержку и заботу врача, то я с удовольствием следую его рекомендациям.
61. Если назначенные процедуры /препараты доставляют мне дискомфорт, я все равно продолжаю лечение, так как не могу разочаровать врача.
62. Я переживаю, если мой лечащий врач советует перейти на более новый препарат взамен старому.
63. Я считаю, что в основе эффективного лечения лежат близкие, доверительные отношения с врачом.

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

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

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

Интерпретация

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

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

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

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

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

Низкий уровень эмоциональной комплаентности (НЭК), говорит о том, что испытуемый характеризуется, как эмоционально зрелый, устойчивый, невозмутимый.

Ориентируется только на рациональные и логичные способы преодоления болезни. Как правило, подвергает сомнению врачебные рекомендации, находя их неразумными, ничемными и бесполезными. Сдержан, несентиментален, практичен, рассудителен, самоуверен. Склонен недооценивать тяжесть заболевания, упуская при этом возможные последствия и осложнения. Пренебрегает некоторыми аспектами лечения, рекомендованное врачом. Может отказаться от посещения важных процедур и изменения режима дня.

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

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

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

Общая комплаентность

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

Средний уровень комплаентности (СОК). Испытуемый, относящийся к данной группе, характеризуется как человек с неопределенной позицией, по отношению к

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

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

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

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

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

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

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

Утверждения опросника ССП не имеют непосредственной связи со спецификой какой-либо профессиональной деятельности, а построены на типичных жизненных

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

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

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

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

Шкала **«Программирование»** диагностирует индивидуальную развитость осознанного программирования человеком своих действий. Высокие показатели по этой шкале говорят о сформировавшейся у человека потребности продумывать способы своих действий и поведения для достижения намеченных целей, детализированности и

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

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

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

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

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

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

Инструкция.

Предлагаем Вам ряд высказываний об особенностях поведения. Последовательно прочитав каждое высказывание, выберите один из четырех возможных ответов: «Верно», «Пожалуй, верно», «Пожалуй, неверно», «Неверно» и поставьте крестик в соответствующей графе на листе ответов. Не пропускайте ни одного высказывания. Помните, что не может быть хороших или плохих ответов, так как это лишь выявление индивидуальных особенностей Вашего поведения.

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

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

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

Шкала **«Планирование»:**

Да 1, 8, 17, 22, 28, 31, 36.

Нет 15, 42.

Шкала **«Моделирование»:**

Да 11, 37.

Нет 3, 7, 19, 23, 26, 33, 41.

Шкала **«Программирование»:**

Да 12, 20, 25, 29, 38, 43.

Нет 5, 9, 32.

Шкала «**Оценка результатов**»:

Да 30, 44.

Нет 6, 10, 13, 16, 24, 34, 39.

Шкала «**Гибкость**»:

Да 2, 11, 25, 35, 36, 45.

Нет 16, 18, 23.

Шкала «**Самостоятельность**»:

Да 4, 12, 14, 21, 27, 31, 40, 46.

Нет 34.

Шкала «**Общий уровень саморегуляции**»:

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

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

Методика «Семантический дифференциал» (Ч. Осгуд, адаптация Ю.Г. Панюковой)

Инструкция:

В предложенном бланке представлены наиболее распространенные качества среды. Положительные значения этих качеств обозначены знаком «+», а отрицательные - «-». Их степень оценивается по семибалльной шкале. Порядок работы с методикой очень прост и заключается в следующем: На основе выбранных знаков и степени выраженности качества поставьте «галочку» под соответствующей цифрой в таблице. Помните, что положительные и отрицательные качества среды, приведенные в таблице, постоянно меняются местами. Поэтому будьте внимательны в своих оценках.

- выбор знака того или иного качества;
- определение степени его проявления по баллам:
 - **3 — проявляется очень сильно и очень часто;**
 - **2 — выражено достаточно заметно и часто встречается;**
 - **1 — проявляется иногда и слабо;**

большой	3	2	1	0	-1	-2	-3	маленький
прочный								хрупкий
динамичный								статичный
упорядоченный								хаотичный
полезный								вредный
избыточный								дефицитарный
контролируемый								стихийный
доступный								недосягаемый
красивый								уродливый
свободный								сковывающий
спокойный								напряженный
родной								чужой

Программа «Коррекция низкой приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью с разным уровнем саморегуляции»

С целью формирования навыков саморегуляции, что способствует повышению приверженности лечению пациентов с гипертонической болезнью была разработана программа.

По результатам первичной диагностики определили задачи психокоррекционной работы:

1. Развитие навыков саморегуляции и самоконтроля у пациентов с гипертонической болезнью.
2. Развитие способности осознавать и понимать свои эмоции; умение выражать свои эмоции.
3. Обучение психотехническим приемам саморегуляции.
4. Снижение эмоционального напряжения.
5. Повышение адаптационного потенциала личности.
6. Формирование позитивного мышления (позитивное восприятие самого себя окружающей действительности с целью регуляции эмоционального напряжения).

Для реализации психокоррекционной программы нами предусмотрено 20 индивидуальных занятий. Занятия проводились 3 раза в неделю, продолжительностью 90 минут.

Основными принципами психокоррекционной работы являются следующие:

1. Принцип единства диагностики и коррекции отражает целостность процесса оказания психологической помощи как особого вида практической деятельности психолога.

2. Принцип конфиденциальности, в соответствии с которым вся информация, полученная в ходе реализации коррекционно – развивающей программы, не подлежит разглашению.

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

4. Принцип системности развития психологической деятельности. Этот принцип задает необходимость учета в коррекционной работе профилактических и развивающих задач. Системность этих задач отражает взаимосвязанность различных сторон личности и гетерохронность (т.е. неравномерность) их развития.

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

Основные этапы коррекционной программы:

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

Методические средства реализации программы: арт-терапия, техники психодрамы, упражнения когнитивно-поведенческого направления.

Структура занятия:

1. Ритуал приветствия (позволяет создать атмосферу группового доверия и принятия).
2. Разминка - воздействие на эмоциональное состояние.
3. Основное содержание занятий – совокупность психотехнических упражнений и приемов, направленных на решение задач данного занятия.

4. Рефлексия: выражение эмоционального отношения к занятию.

5. Ритуал прощания (по аналогии с ритуалом приветствия).

Для реализации психокоррекционной программы нами предусмотрено 20 занятий. В связи с ограниченными сроками госпитализации коррекция была в микро группах по 5-7 человек. Занятия проводились 3 раза в неделю, продолжительностью 90 минут.

Занятие 1.

Цель: формирование эмоциональной саморегуляции.

Знакомство, объявление содержания программы.

Введение правил поведения:

1. Искренность (Я стараюсь говорить максимально искренне);

2. «Здесь и сейчас»: говорится только о том и обсуждается то, что происходит именно сейчас;

3. Персонификация высказывания: Я говорю «Я», а не «Мы» или «Все»- это значит, что я несу ответственность за свои слова, высказываю собственную точку зрения;

4. Активность.

Упражнение «Лучшее о себе»

Цель: формирование навыков саморегуляции, положительного самотношения.

Участников просят вспомнить и записать:

Три своих сильных качества, достоинства.

Три хороших поступка, совершенных на протяжении последней недели.

Потом озвучивает свои сильные качества и хорошие поступки. Это делается громко, гордо, уверенно. Обсуждение. Какие переживания возникали при необходимости рассказывать о своих достоинствах, было ли это сложно, если да, то с чем это связано? Почему хвастаться обычно не принято?

Когда действительно лучше избегать рассказов о своих достоинствах, а когда оказывается верна присказка «сам себя не похвалишь — никто не похвалит»?

Беседа (обсуждение):

1. Скрываете ли вы свое плохое настроение, чтобы не расстроить окружающих?

2. Как часто у вас бывает плохое настроение?

3. Причины вашего плохого настроения?

4. На кого вы возлагаете ответственность за процесс выздоровления?

5. Чувствуете ли вы свою ответственность за процесс выздоровления?

6. Для завершения начатой работы/процесса лечения можете ли вы преодолеть значительные внешние препятствия и трудности?

7. Склонны ли вы анализировать свои поступки и действия.

8. Есть ли у вас главная цель в жизни? Какая?

Упражнение «В прозрачном шаре»

Цель: развитие саморегуляции, дистанцирование от источников переживаний, создание ощущения защищенности и безопасности.

Представьте себе, что вас окружает прозрачный шар такого размера, что вы легко помещаетесь внутри. Он защищает вас, отгораживает от всех невзгод... Сильно-сильно вытяните руки в стороны и представьте, что кончики ваших пальцев касаются внутренних стенок этого шара... А теперь приподнимите правую ногу, вытяните ее вперед и коснитесь передней стенки шара ступней. Побалансируйте немного в таком положении, ощупайте поверхность шара кончиками пальцев рук и ступней. Опустите правую ногу, приподнимите левую и ощупайте поверхность шара ее ступней. Теперь устойчиво встаньте на обе ноги, опустите руки и еще немножко мысленно побудьте в прозрачном шаре. Вам спокойно и комфортно. Сохраните эти ощущения, когда откроете глаза.

Можно порекомендовать участникам представлять себя в прозрачном шаре или за прозрачной стеной, когда они хотят внутренне «отгородиться» от какого-либо неприятного воздействия, конфликтов и т. п.

Рефлексия.

Занятие 2

Цель: знакомство со способами снижения эмоционального напряжения.

Беседа (обсуждение):

1. Ради достижения цели можете вы отказаться от развлечения, общения с друзьями?

2. Вы продолжаете действовать даже в том случае, если препятствия кажутся непреодолимыми?

3. Если вы приняли решение, то будете ему следовать неукоснительно?

4. Готовясь к встрече или выступлению, учитываете ли вы все вопросы, которые могут быть заданы и готовите на них ответы?

5. Вы раздражаетесь при бессмысленном проведении времени, стоянии в очередях, ожидании кого-нибудь?

6. Как вы думаете, сможете ли вы себя контролировать в экстремальных условиях?

7. Вы можете достаточно долго работать на пределе своих возможностей?

Упражнение «Мое тело»

Цель: повышение адаптационного потенциала личности.

Выберите картон того цвета, который вам больше всего нравится. На тыльной стороне нарисуйте контур человека. Вырежьте одним движением руки. Посмотрите на своего человечка и напишите его историю.

Историю пишут по плану:

- Как зовут?
- Сколько лет?
- Где живет?
- В чем его уникальность?
- Его миссия на земле?
- Чего он боится больше всего?
- Что он хочет от других людей?
- Как он справляется со стрессовыми ситуациями?
- Его сильные, слабые стороны?
- Что он чувствует?

Обсуждение. Обращается внимание на силуэт человека, проблемные места, зачастую изображены в гиперболизированной форме.

Упражнение «Шар для проблем»

Цель: снижение эмоционального напряжения.

Закройте глаза, сделайте глубокий вдох и медленно сосчитайте до десяти. Постепенно полностью расслабьтесь. Представьте себе как можно ярче и четче огромный воздушный шар на прекрасном зеленом лугу. Вы складываете все свои тревоги и проблемы в корзину шара. Когда она будет наполнена, веревка отвязывается, и шар медленно улетает далеко-далеко, и с ним улетают все ваши проблемы.

Домашнее задание: в сложных ситуациях постарайтесь придерживаться уверенного поведения, делайте самоотчет о своем поведении в подобных ситуациях, используя основные критерии уверенного, неуверенного и агрессивного поведения. Подведение итогов занятия.

Рефлексия.

Занятие 3.

Цель: развитие способности осознавать и понимать свои эмоции; умение выражать свои эмоции.

Беседа (обсуждение):

1. Неуверенность в себе мешает проявлению вашей ответственности?
2. Ваша импульсивность – причина неверно принятых решений?
3. Неуверенность в себе мешает вам завершать начатое?
4. У вас бывают перепады настроения, что негативно отражается на окружающих?
5. Бывает, что вы не можете выполнить ответственное поручение, от волнения у вас «все валится из рук»?
6. Вы легко поддаетесь панике?
7. Порой эмоции так овладевают вами, что вы перестаете контролировать себя?
8. Удастся ли вам скрывать свои чувства и тревогу?
9. Какие ситуации вызывают у вас тревогу?
10. Что вы делаете, чтобы справиться с тревогой?

Упражнение: «Метафорический образ моего настроения»

Цель: развитие способности осознавать и понимать свои эмоции.

Сейчас я Вам предлагаю прогуляться вокруг стола, где разложены картинки с различными образами. Посмотрите эти картинки, подумайте, какая картинка могла бы охарактеризовать Ваше настроение. Может быть, одна или две картинки привлекут Вас своей внутренней метафорой. Звучит спокойная музыка. Участники выбирают понравившиеся картинки. Предлагается каждому показать выбранную картинку и рассказать свои ассоциации с ней и своим настроением. Как вы себя чувствуете? Что дало вам это упражнение?

Упражнение «Какое чувство возникает»

Цель: знакомство с эмоциями.

Ведущий просит принять удобную позу и закрыть глаза. Он называет звуки, задача участников — осознать, какие чувства эти звуки вызывают.

Перечисляемые звуки: резко тормозит машина, звук оркестра, настраивающего инструменты перед началом концерта, шум морских волн, набегающих на берег, смех за окном, упала и разбилась чашка, оружейные залпы во время праздничного салюта, громкий крик, плач ребенка и т. п.

Затем ведущий просит участников перечислить все известные им чувства и записывает их на ватмане. Проводит мозговой штурм на тему: «Зачем нужны всякие чувства?». Предлагает сделать рисунок «Плохие и хорошие чувства».

Упражнение «Эмоции в теле»

Цель: развитие саморегуляции, умение выражать свои эмоции, снижение эмоционального напряжения.

Работаем с 6 эмоциями:

Гнев

Отвращение

Удивление

Страх

Горе

Радость

Вспомните события, где вы испытывали бы эти эмоции.

Каждая из них находится в теле.

Нарисуйте человечка и отметьте у него точками все эти эмоции. Совместное обсуждение рисунков.

Рефлексия.

Занятие 4.

Цель: формирование навыков саморегуляции поведения, представление информации о взаимосвязи агрессивности и враждебности, знакомство с причинами проявления агрессии.

Беседа (обсуждение):

Для начала я хочу узнать у вас, что вы знаете об агрессии:

1. Что такое агрессия?
2. Какие существуют виды агрессии?
3. Назовите положительные и отрицательные стороны агрессии?
4. Как вы считаете, нужно ли учиться справляться с проявлениями агрессии?
5. Каким образом, по вашему мнению, можно это сделать?

Таким образом, к концу беседы психолог должен подвести участников к осознанию своей проблемы и к тому, что с ней необходимо справиться, чем собственно и будут заниматься в дальнейшей работе с психологом.

Упражнение «Моя агрессивная энергия»

Цель: развитие навыков саморегуляции и самоконтроля, снижение уровня агрессивности.

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

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

Упражнение «Нарисовать свой гнев»

Цель: развитие саморегуляции, содействие формированию адаптивного поведения.

Ведущий предлагает изобразить на листе бумаги, на что похож его гнев.

Обсуждение:

- Что изображено на рисунке?
- Что чувствовал, когда рисовал?
- Изменилось ли состояние?
- Что хочется сделать с этим рисунком?

Рефлексия.

Занятие 5.

Цель: обучение психотехническим приемам саморегуляции.

Беседа (обсуждение):

1. Обычно вы решительны и действуете быстро?
2. Вы прекращаете заниматься делом только после того, когда оно оказывается отлично выполненным?
3. Хотели бы вы быть более энергичным, что вам мешает?
4. Вы ответственный человек?

5. Для принятия решения вам требуется много времени?
6. Постоянный самоконтроль – один из главных ваших жизненных принципов?

Упражнение «Дыхательная саморегуляция»

Цель: обучение психотехническим приемам саморегуляции.

Методика выполнения дыхательных упражнений:

1. Сядьте на стул (боком к спинке), выпрямите спину и расслабьте мышцы шеи.
2. Руки свободно положите на колени и закройте глаза, чтобы никакая визуальная информация не мешала вам сосредоточиться. Сосредоточьтесь только на своем дыхании.
3. При выполнении дыхательного упражнения дышите через нос, губы слегка сомкнуты (но не сжаты).
4. В течение нескольких минут просто контролируйте свое дыхание. Обратите внимание на то, что оно легкое и свободное. Ощутите, что вдыхаемый воздух более холодный, чем выдыхаемый. Следите лишь за тем, чтобы дыхание было ритмичным.
5. Теперь обратите внимание на то, чтобы во время вдоха и выдоха не включались вспомогательные дыхательные мышцы — особенно при вдохе не следует расправлять плечи. Они должны быть расслаблены, опущены и слегка отведены назад. После вдоха, естественно, должен последовать выдох. Однако попытайтесь продлить вдох. Это вам удастся, если, продолжая вдох, вы как можно дольше удержите от напряжения мышцы грудной клетки. Думайте о том, что теперь вам предстоит продолжительный выдох. Глубокий вдох и последующий продолжительный выдох повторите несколько раз.
6. Сейчас контролируйте ритм дыхания. Ведь именно ритмичное дыхание успокаивает нервы, оказывает противострессовое действие. Выполняйте медленный вдох, успевая при этом сосчитать в среднем темпе от одного до шести. Затем — пауза. Тренируйте ритмичное дыхание примерно 2-3 минуты. Продолжительность отдельных фаз дыхания в данном случае не так важна - гораздо важнее правильный ритм. Этот простой способ ритмичного дыхания вы можете в любое время вспомнить и повторить.

Упражнение. «Лепим гнев»

Цели: снижение эмоционального напряжения, формирование позитивного мышления (позитивное восприятие самого себя окружающей действительности).

Материалы: глина или пластилин.

Попросите подумать о той ситуации (человеке), который вызывает максимальное чувство агрессии с их стороны.

Попросите подумать, на каких частях (части) тела он максимально ощущает гнев. Обсудите это.

Когда все будут готовы к обсуждению, необходимо рассказывать о своих ощущениях, спросите: «На что похож гнев?», «Можете ли вы изобразить его, вылепив из пластилина?»

Важно обсудить работу и отметить: что изобразили участники; что они чувствовали, когда лепили свой гнев; могут ли они поговорить от лица своей фигурки (для выявления скрытых мотивов и переживания); изменилось ли состояние, когда они полностью слепил фигурку. Далее стоит спросить, что хочется сделать с фигуркой (многие мнут, рвут фигурки на части, другие - хотят изменить их, исправить какие - то части или вылепить что - то новое), что они чувствуют, когда лепят новый вариант; попросить поговорить от лица новой фигурки; что они чувствует теперь.

Рефлексия.

Занятие 6.

Цель: снижение эмоционального напряжения, работа с соматическим симптомом.

Беседа (обсуждение):

1. Какие виды деятельности вам нравятся?
2. Беретесь ли вы за ответственные поручения?
3. Мучают ли вас сомнения после того, когда решение было уже принято?
4. Бывало, что вы ошибались в принятии решений, и у вас возникало чувство страха, при необходимости принятия нового?
5. В запале вы можете наговорить что угодно и кому угодно?
6. Вы предпочитаете планировать выполнение предстоящих дел и следуете плану?
7. Как вы приспосабливаетесь к новой ситуации, коллективу, обстановке?

Упражнение: «Слова»

Цель: снижение эмоционального напряжения.

Участники перечисляют эмоциональные состояния, которые приходят в голову. Затем необходимо написать сказку с использованием этих слов.

Анализ:

Что было труднее всего сочинять?

Получил ли герой то, что хотел или нечто другое?

Персонажи: кто есть кто?

Кого нет в сказке?

Как герой относится к миру, к людям к себе? Обсуждение.

Упражнение «Угадай настроение»

Цель: обучение распознаванию эмоций, рефлексия собственного эмоционального состояния.

«За одну минуту нарисуйте свое настроение, не рисуя ничего конкретного, – используйте только линии, формы, различные цвет. Теперь передайте свой рисунок соседу справ. Посмотрите внимательно на рисунок, который оказался у вас в руках. Попробуйте угадать, какое настроение изображено на нем».

Рефлексия.

Занятие 7

Цель: развитие навыков саморегуляции.

Беседа (обсуждение):

1. Как вы себя чувствуете?
2. Что стало лучше или хуже?
3. Что изменилось в отношениях с окружающими?

Упражнение «Стабилизирующее дыхание»

Цель: снижение эмоционального напряжения.

Вдох осуществляется через нос, выдох через рот. Вдох глубокий, выдох до середины, остановка, выдох до конца. Вдох короткий, выдох короткий.

Повторение цикла два – три раза.

Упражнение «В фокусе – цветок»

Цель: снижение эмоционального напряжения, развитие воображения, осознание собственных внутренних качеств.

Закройте глаза, устройтесь поудобнее. Почувствуйте, как воздух легко проникает в ваши легкие и так же легко их покидает. Ваше тело становится приятно расслабленным и тяжелым.

Представьте цветок, на который вам приятно смотреть. Разглядите его со всех сторон, какой он формы, какого цвета. Это может быть как реальный цветок, так и придуманный вами. Какие свойства можно добавить, чтобы цветок стал воплощением полного совершенства?

Удерживайте в сознании этот образ. Все ваше сознание должно быть сосредоточено исключительно на цветке. Постарайтесь отключиться от всех мыслей, посторонних шумов.

Какие ассоциации возникают у вас, глядя на этот цветок? Какие ваши внутренние качества находят здесь свое проявление? Чем помогают вам эти качества по жизни?

А теперь мысленно рассмотрите каждое свойство, которым вы наделили цветок.

Если вы видите в цветке изъяны, к примеру, засыхающий лепесток, то подумайте, о чем это может вам говорить? Постарайтесь абстрагироваться от этих недостатков, приблизив цветок как можно ближе к идеалу.

Сохраняйте мысленную связь с цветком так долго, как это необходимо вам, чтобы почувствовать, что красота, которую вы видите, является прямым отражением ваших внутренних достоинств.

Начните медленно возвращаться назад, сюда, в эту комнату. Постарайтесь, слегка напрягите мышцы рук и ног, а затем расслабьте их. Сожмите руки в кулачки, потянитесь. Когда будете готовы, откройте глаза.

Комментарий: можно использовать реальный цветок или его изображение как вспомогательный объект для медитации.

Рефлексия.

Занятие 8

Цель: снижение эмоционального напряжения.

Беседа (обсуждение):

1. Как давно Вы болеете?
2. Что Вы знаете о своем заболевании?
3. С какого времени Вы находитесь в стационаре?
4. С какой целью вы находитесь в стационаре?
5. С чем связываете свое заболевание?

Упражнение «Два рисунка»

Цель: обучение психотехническим приемам саморегуляции.

Необходимы фломастеры (маркеры) и бумага. Инструкция: Возьмите чистый лист бумаги, разделите его на две половины вертикальной чертой. На левой, "темной" половине напишите негативные мысли, которые заполняют вашу голову и чувства. Нарисуйте образ вашего состояния в виде конкретного предмета или набора абстрактных фигур. Теперь перейдите ко второй (светлой) половине и начинайте произносить утверждения, обратные по смыслу тем, что связаны у вас со стрессом. Запишите оптимистические фразы на правой стороне листа. Нарисуйте позитивный образ, который при этом приходит к вам в голову. Затем разрежьте ваш листок по разделительной черте. От его левой половины вы должны избавиться. Можете просто смять клочок бумаги и выбросить его в мусорную корзину, но лучше придумайте для себя целый ритуал уничтожения негативных мыслей, включающий торжественное сжигание листка и развеивания пепла. Правую же половину листа сохраните и запомните весь ваш "правый" список позитивных мыслей. Эти найденные вами слова - утверждения, создающие жизнеутверждающий настрой, будут для вас подмогой в преодолении стрессов.

Упражнение «Взмах»

Цель: снижение эмоционального напряжения, работа с соматическим симптомом.

Эта техника дает сознанию определенное направление и может быть применена для многих случаев: для изменения настроения, избавления от вредных привычек, навязчивых состояний и причиняющих беспокойство симптомов вроде головной боли. В основе данной методики лежит врожденное стремление человека от "неприятного" к "приятному", от "неудовольствия" к "удовольствию". На первом этапе необходимо определить проблему, с которой вы потом будете работать. В нашем случае это головная

боль. Упражнение лучше выполнять, когда пациент находится в состоянии транса, однако оно эффективно и в состоянии активного бодрствования.

Инструкция: углубитесь в себя и определите пусковую картину (звуки, ощущения), предшествующую головной боли. Теперь создайте второй образ, вторую картину - как если бы вы уже избавились от неприятных ощущений. Отрегулируйте эту "картину" по размеру, цвету, контрастности. Совершите "взмах": сначала представьте себе первую "пусковую" картину, большую и яркую. Потом в нижний правый угол поместите пока еще маленький и тусклый второй образ, вторую картину. Итак, вторая маленькая картина находится внутри первой большой картины. Теперь "махните" картины, то есть мгновенно замените большую картину маленькой, и сделайте последнюю большой, яркой, контрастной. Очистите экран (или откройте глаза) и "махните" картины снова. И так пять-восемь раз. Проверьте результат. Вызовите первый нежелательный образ. Если "взмах" был эффективным, то это будет трудно сделать, а если и удастся, то образ окажется тусклым, размытым, удаленным и, главное, неприятным.. Симптом исчезает.

Рефлексия.

Занятие 9.

Цель: развитие саморегуляции, повышение адаптационного потенциала личности.

Беседа (обсуждение):

1. Расскажите о своих особенностях характера до болезни?
2. Как Вы себя обычно чувствуете в трудных ситуациях?
3. Не можете ли Вы рассказать о какой-либо конкретной ситуации?
4. Как Вы себя чувствовали до болезни?
5. Обычно у Вас какое настроение?
6. Отчего зависит Ваше настроение?

Упражнение «Безопасное место»

Цель: развитие саморегуляции, работа с ресурсным состоянием, снятие эмоционального напряжения.

Инструкция: «Сядьте поудобней, расслабьтесь, сделайте два - три глубоких вдоха и закройте глаза. Почувствуйте, как приятное тепло обволакивает ваше тело. Теперь вспомните ваше любимое место. Это самое безопасное место, где вы себя чувствуете уединенно и спокойно. Вспомните и постарайтесь увидеть его. Вспомните звуки, цвета, запахи, окружающие предметы. Несколько минут понаблюдайте за этим местом. Теперь мысленно перенеситесь туда и побудьте некоторое время в этом месте.

Обратите внимание на свои мысли и чувства. (Ведущий дает возможность побыть в этом состоянии участникам 5-10 минут). Теперь сделайте 2-3 глубоких вдоха и откройте глаза. Домашнее задание: нарисуйте картину своего безопасного места и составьте небольшой рассказ о своем рисунке. Сядьте поудобнее, расслабьтесь. Обратитесь к своему дыханию, доверьтесь ему, не пытайтесь его контролировать. Нам предстоит обратиться к трудным вопросам, и важно, чтобы вам было удобно... Представьте себя в тихом, безопасном месте. В таком месте, где вы бы чувствовали себя комфортно и в полной безопасности... Это может быть какое-то место, где вы уже бывали, или видели это место только на фотографии, или в фильме, или только что вообразили его — все равно... Главное — это то место, где вы чувствуете себя в безопасности... Место, где вы можете открыться себе, быть такими, как вы есть... Это место принимает вас, ничего не требуя взамен. Это место понимает вас... Вы можете быть искренни с собой и открыты себе — это место поддерживает вас. Ощутите эту поддержку...

В то время, когда вы находитесь там, в безопасном месте, обратитесь к трудным для себя вопросам. Вы можете обратиться к собственному опыту или думать о ком-то другом... Вспомните трудный период вашей жизни... Время, когда вам пришлось встретиться с отчаянием и болью... Может быть, вы ощущали себя в безвыходном

положении... Может быть, даже ставили под сомнение ценность продолжения собственной жизни... Как вы относились тогда к своим мыслям? Что вас удерживало? Что вам помогало в принятии решений, в сохранении себя?.. В чем вы особенно нуждались тогда? Что помогало тогда и помогает сейчас пережить это время?.. Снова ощутите, как то безопасное место, в котором, вы находитесь поддерживает вас. Почувствуйте, как ваша боль выходит и растворяется вместе с выдыхаемым вами воздухом... Почувствуйте, как это безопасное место помогает и поддерживает вас...»

Упражнение «Выметаю болезнь»

Цель: позитивный настрой, запуск внутренних ресурсов.

Инструкция: Представьте, как вы веником выметаете боль из больного места. Теперь возьмите лист бумаги, карандаш и нарисуйте себя с веником в руках, выметающим мусор боли и болезни. Составьте текст обращения к больному органу. Запишите его. Обсуждение по кругу.

Рефлексия.

Занятие 10.

Цель: развитие навыков саморегуляции и самоконтроля, формирование позитивного мышления (позитивное восприятие самого себя окружающей действительности).

Беседа (обсуждение):

1. Бывает ли у вас сильное сердцебиение?
2. Нравится ли вам работа, требующая постоянного внимания?
3. Бывает ли такое состояние, что вас бросает в дрожь от волнения в какой-то экстремальной ситуации?
4. Что вы чувствуете в обществе, где подшучивают друг над другом?
5. Нравится ли вам работа, которая требует быстроты действий?
6. Волнуетесь ли вы по поводу неприятных событий?

Упражнение «Я и мир вокруг меня»

Цель: формирование позитивного образа будущего.

Участников просят взять лист бумаги, и, оставив середину пустой, нарисовать все, что окружает их в жизни, с кем и с чем им приходится общаться, т.е. социальный мир. Затем в центре они изображают себя. Затем следует обсуждение по кругу: Как Вам нравится рисунок? Что из нарисованного наиболее важно? Есть ли разделяющая граница между Вами и миром? Как происходит взаимодействие с нарисованным окружением? Игра направлена на осознание психологических границ и способов взаимодействия с окружающим миром.

Упражнение «Карта будущего»

Цель: формирование позитивного образа будущего.

Представление своего будущего в виде карты местности позволит пациентам более четко осознать свои цели. Метафорическое выражение целей в виде пунктов на карте, а путей их достижения — в виде улиц и дорог помогает создать в воображении наглядную картину своего будущего.

После создания такой карты пациент (участник группы) сможет соотнести цели между собой и понять, насколько они сочетаются друг с другом, какие препятствия встречаются на пути к ним, какие новые возможности открываются.

Инструкция. Начертите карту своего будущего. Ваши глобальные цели обозначьте как пункты местности, в которых вы хотели бы оказаться. Обозначьте также промежуточные большие и маленькие цели на пути к ним. Придумайте и напишите названия для пунктов, к которым вы стремитесь в своей личной и профессиональной жизни. Нарисуйте также улицы и дороги, по которым вы будете идти. Как вы будете добираться до своих целей? Самым коротким или обходным путем? Какие препятствия

вам предстоит преодолеть? На какую помощь вы можете рассчитывать? Какие местности вам придется пересечь на своем пути: цветущие и плодородные края, пустыни, глухие и заброшенные места? Будете ли вы прокладывать дороги и тропы в одиночестве или с кем-нибудь? У вас есть 30 минут. А теперь запишите свои размышления по поводу вашей карты будущего. Где находятся важнейшие цели? Насколько они сочетаются друг с другом? Где вас подстерегают опасности? Откуда вы будете черпать силы для того, чтобы достичь желаемого? Какие чувства вызывает у вас эта картина? На это вам отводится 15 минут. Совместное обсуждение:

1. Мои достижения
 2. Что мне нравится, что я люблю в самом себе?
- Рефлексия.*

Занятие 11.

Цель: развитие эмоциональной саморегуляции, формирование позитивного восприятия будущего.

Беседа (обсуждение):

1. Если что-то не клеится, появляется ли желание бросить это дело?
2. Отказываетесь ли вы от своих планов и дел, даже если приходится выбирать между ними и приятной компанией?
3. Как вы себя ведете, когда чувствуете вспышку гнева?
4. Как вы себя ведете в ожидании опаздывающего к назначенному времени приятеля?

Упражнение «Твоя жизнь»

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

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

Упражнение «Почувствуй...»

Цель: развитие саморегуляции.

Инструкция: включается спокойная музыка.

«Закройте глаза и попытайтесь почувствовать то, что Я буду говорить:

- Мое лицо спокойно
- губы и зубы разжаты
- расслабляются мышцы шеи и затылка
- лицо полностью расслабленное, спокойное, неподвижное
- прохладный ветерок овеивает лицо
- ветерок холодит виски
- мой лоб овеивает приятная прохлада
- дышится легко и свободно
- дыхание спокойное, ритмичное
- сердце бьется спокойно, ровно, оно отдыхает
- прохлада освежает голову
- исчезли все болевые и неприятные ощущения в голове
- нормализовалось давление
- голова свободна от тяжелых мыслей
- я могу сосредоточиться на любой мысли
- мои мысли ясны и четки
- голова свежая, светлая
- я совершенно спокойна (ен)

- ощущение покоя приятно мне
- пальцы и кисти рук расслабляются
- предплечье и локти расслабляются
- мои руки полностью расслаблены, неподвижны
- мое туловище полностью расслабленное
- ноги начинают расслабляться и тяжелеть
- вот они полностью расслабленные, неподвижные, тяжелые
- весь мой организм отдыхает
- Я отдыхаю и успокаиваюсь
- мне удобно и спокойно
- моя нервная система успокаивается и перестраивается
- я спокойнее с каждым днем
- спокойствие становится основной чертой моего характера
- моя нервная система спокойно реагирует на все неприятности и трудности
- в любой обстановке сохраняю спокойствие, сдержанность и уверенность в себе
- ничто не выведет меня из состояния равновесия и уверенности
- мое самочувствие и настроение улучшается с каждым днем
- все тело свободно и расслаблено
- я совершенно спокойна (ен).

Обсуждение: Вам удалось почувствовать то, что Я Вам говорила?

Кому не удалось? Почему?».

Рефлексия.

Занятие 12.

Цель: развитие саморегуляции, формирование позитивного восприятия будущего.

Беседа (обсуждение):

1. Считаете ли себя терпеливым человеком?
2. В чем это проявляется?
3. Легко ли продолжаете работу после серии обидных неудач?
4. Если вы относитесь к кому-то плохо, легко ли скрывать свою неприязнь к

нему?

Упражнение «Жизненный путь»

Цель: формирование осмысленного отношения к планированию собственного жизненного пути.

Участники выполняют коллаж на тему «Мой жизненный путь». Им дается следующая инструкция: «Вы идете по дороге, которая называется Жизнь... Откуда лежит ваш путь и куда? Каковы ваши основные достижения в прошлом, настоящем и будущем? Что помогает вам шагать по жизненному пути, а что препятствует? Кто и что вас окружает? И куда вы хотите прийти? Сделайте, пожалуйста, коллаж, который бы отражал ваш жизненный путь в прошлом, настоящем и будущем: основные достижения, планы, ваше окружение». Упражнение обычно выполняется индивидуально, хотя может, при желании участников, проводиться и в микрогруппах. В качестве основы для коллажей используются листы формата А2 – А3 или полотно светлых обоев.

Помимо обычного комплекса изобразительных материалов для коллажа (фломастеры, краски, иллюстрированные журналы, из которых можно вырезать приглянувшиеся картинки), целесообразно попросить участников принести для выполнения этого упражнения несколько собственных фотографий, отражающих значимые события их жизни. На выполнение коллажей дается 35 — 50 минут, потом проводится их презентация. Она организуется как экскурсия, на которой каждый из участников поочередно выступает в роли экскурсовода, представляющего группе свою композицию (3 — 5 минут на человека).

Обсуждение

Какие эмоции и чувства возникали в процессе работы и возникают сейчас, при взгляде на готовые коллажи? Что нового удалось понять о себе, своих жизненных целях и ценностях? Насколько достижимо будущее, отмеченное на рисунке, на что можно опираться, чтобы оно воплотилось в реальность? Появился ли повод задуматься, какие события являются наиболее важными, и где источники ресурсов, на которые можно опереться при осуществлении «режиссуры собственной жизни», достижении поставленных целей и преодолении препятствий.

Рефлексия.

Занятие 13.

Цель: развитие саморегуляции, формирование позитивного восприятия будущего.

Беседа (обсуждение):

1. Вас трудно отвлечь от начатой работы?
2. Выбывает ли вас «из колеи» физическая боль?
3. При необходимости можете ли заниматься своим делом в неудобной и неподходящей обстановке?
4. Как вы ведете себя, когда необходимо сделать работу к определенному сроку? Что вы чувствуете?

Упражнение «Предсказание будущего»

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

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

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

Где вы живете...

Что вы делаете... (15 секунд)

Чем вы занимаетесь? Кем работаете? (15 секунд)

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

Обсуждение.

Упражнение «Кино»

Цель: активизация когнитивной и эмоциональной сфер относительно восприятия своего будущего

«Представьте, что, когда вам исполнилось 30 лет, о вас сняли фильм, а сейчас каким-то чудом вам удалось его посмотреть. Расскажите, как вы – главный герой фильма – выглядите, чем занимаетесь и т. п.

Нарисуйте кадры из фильма.

Доволен ли ты этим фильмом? Что тебе там понравилось больше всего? Есть ли там что-то, что тебе не понравилось? Если ты не совсем доволен, то что бы ты хотел изменить в своем образе будущего? Что тебе нужно для этого сделать?»

Рефлексия.

Занятие 14.

Цель: развитие навыков саморегуляции и самоконтроля, гибкости поведения.

Беседа (обсуждение):

1. Вы всегда стараетесь выслушать собеседника, не перебивая, даже если не терпится ему возразить.
2. Считаете ли вы себя решительным человеком?

3. Легко ли вы справляетесь с физической усталостью? Что вы делаете для этого?

Упражнение «Сделай это сейчас»

Цель: развитие гибкости поведения, поиск и завершение незаконченных дел

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

Упражнение «Обязываться»

Цель: принятие ответственности за свои поступки.

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

Рефлексия.

Занятие 15.

Цель: развитие саморегуляции, формирование позитивного восприятия будущего.

Беседа (обсуждение):

1. Всегда ли отстаиваете свою точку зрения?
2. Что вы чувствуете в тот момент, когда вы не правы?
3. Что вы чувствуете, когда к вашему мнению не прислушались и поступили иначе?
4. Легко ли вас переспорить?

Упражнение «Лестница достижений»

Цель: развитие саморегуляции, целеполагания.

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

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

Обсуждение

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

Упражнение «Мой жизненный путь»

Цель: формирование позитивного восприятия будущего

«Путник шел по дороге, которая называлась Жизнь. Дорога привела его к перекрестку. Путник остановился, осмотрелся, задумался. По какому пути идти дальше? Представьте себя на месте этого путника. О чем вы думаете, что вы чувствуете? Перед вами чистый лист бумаги. Возьмите карандаш и изобразите на листе свою прошлую историю, свое положение в настоящий момент и несколько вариантов своей будущей жизни. Используйте свои воспоминания, переживания, фантазии и мечты. Ответьте письменно на вопросы».

Вопросы:

Куда вы хотите прийти?

Что вы возьмете с собой в дорогу?

С чем встретитесь на своем пути?

Чему вам предстоит научиться?

Какие пути получились?

В какой части своего жизненного пути путник наиболее счастлив, переживает радость?

Что этому способствует?

(важно обратить внимание на связность прошлого, настоящего и будущего). Чем отличается прошлый путь от настоящего и будущего? Что общего между ними?

Какова цель этого пути?

Как вы узнаете, что ваша цель достигнута? Какие условия, средства, возможности для этого у вас есть? Обсуждение

Рефлексия.

Занятие 16.

Цель: формирование навыков саморегуляции, снятия мышечного напряжения, формирование позитивного восприятия будущего.

Беседа (обсуждение):

1. Легко ли вы отвлекаетесь при выполнении начатого дела?
2. Ваши планы часто перечеркиваются внешними обстоятельствами?
3. Как бы вы поступили в ситуации: ждали бы только что ушедший лифт или поднялись бы по лестнице?
4. Легко ли Вам испортить настроение? Приведите пример, что это могут быть за ситуации.

Упражнение «Письмо будущему себе»

Цель: осознание процесса становления себя как личности, формирование позитивного восприятия будущего, развитие ценностно-смысловой сферы личности.

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

Упражнение «Дыхательная гимнастика»

Цель: формирование навыков саморегуляции, снятия мышечного напряжения.

Необходимо занять удобную позу, на время отвлечься от посторонних мыслей и сконцентрировать свое внимание только на потоках воздуха, которые входят в ваши легкие, а затем покидают его в ритме вашего дыхания. Ваша первая задача: почувствовать, как во время вдоха воздух следует по пути: носовая полость — носоглотка — гортань — трахея — бронхи — легкие, а затем в обратном порядке покидает тело.

Вторая задача состоит в том, чтобы только следить за дыханием, но не вмешиваться в его ритм. Дело в том, что как только вы начинаете следить за каким-то

процессом в организме, то естественный ритм сбивается. Поэтому дайте возможность своему организму дышать в удобном ритме и с необходимой глубиной.

Следующий этап упражнения — концентрация внимания на характеристике воздуха, поступающего в легкие и покидающего их. Обратите свое внимание на то, что входящий воздух — более холодный по сравнению с выдыхаемым, который кажется более теплым и насыщенным избыточной энергией тела.

Домашнее задание: Постарайтесь в повседневном общении в трудных ситуациях взаимодействия на службе использовать некоторые из приемов ведения дискуссии. Подведение итогов.

Рефлексия.

Занятие 17.

Цель: развитие эмоциональной саморегуляции, формирование умения выражать свое настроение с помощью вербальных и невербальных средств, повышение адаптационного потенциала личности.

Беседа (обсуждение):

1. Бывало ли, что вы пытались добиться своего наперекор объективным обстоятельствам? Что это были за ситуации?
2. Можно ли вас назвать терпеливым человеком?
3. Легко ли вам сохранить спокойствие в стрессовой ситуации?
4. Расскажите об одной из таких ситуаций.

Упражнение «Какое у вас настроение?»

Цель: развитие эмоциональной саморегуляции.

Это упражнение позволяет участникам осознать свое эмоциональное состояние «здесь и сейчас» и выразить его в образной, символической форме. Упражнение выполняется в кругу, с мячиком, который участники перебрасывают друг другу, по очереди отвечая сначала на один вопрос, потом – на следующий и т. д. «Прислушайтесь к себе. На какой цвет похоже сейчас ваше настроение?»

Варианты: «На какую погоду, (музыку, цветок, животное и т. д.) похоже ваше настроение?»

Упражнение «Живой дом»

Цель: формирование умения выражать свое настроение с помощью вербальных и невербальных средств, повышение адаптационного потенциала личности.

Материалы: лист бумаги (А-4), цветные карандаши, простой карандаш, ручка.

Инструкция: 1. Напишите (назовите) имена 7-8 человек из числа ваших родственников, друзей, которые влияют на ваше развитие в данный момент. На листе формата А-4 изобразите простым карандашом деревенский домик, в котором обязательно есть фундамент, стены, окна, крыша, чердак, труба, двери, порог.

Присвойте каждой части дома имя конкретного человека, начиная с себя. То есть напишите прямо на рисунке, кто из указанных вами людей может быть крышей, кто - окнами, стенами и т.д.

Возможные интерпретации:

- фундамент - значение «+»: главный материальный и духовный обеспечитель семьи, тот, на ком всё держится; значение «-»: человек, на которого все давят;
- стены - человек, который отвечает за эмоциональное состояние автора рисунка непосредственно;
- окна - будущее, люди, от которых участник чего-то ждёт, на кого возлагает надежды;
- крыша человек, который жалеет и оберегает автора рисунка, создаёт чувство безопасности, или участник хотел бы это от него получить;

- чердак - символизирует секретные отношения, а также желание иметь с этим человеком более доверительные отношения. Чердак также может обозначать человека, с которым отношения развивались в прошлом, а на данный момент менее активны;
- труба - человек, от которого автор рисунка получает или хотел бы получать особую опеку, поддержку. Также может трактоваться как символическое обозначение человека, который помогает «выпустить пар», отрегулировать эмоции;
- двери - информационный портал; тот, кто учил выстраивать отношения с миром; тот, у кого участник учится взаимодействовать с другими людьми;
- порог - человек, с которым связывается возможность коммуникации в будущем.

2. Обозначьте 7-8 человек с которыми вы бы хотели контактировать в будущем (это может быть ваша будущая семья, друзья, близкие люди).

На листе формата А-4, с обратной стороны первого рисунка, изобразите простым карандашом деревенский домик, в котором обязательно есть фундамент, стены, окна, крыша, чердак, труба, двери, порог.

Присвойте каждой части дома позицию конкретного человека, начиная с себя. То есть напишите прямо на рисунке, кто из указанных вами людей может быть крышей, кто - окнами, стенами и т.д.

Методика позволяет за достаточно короткое время определить роль для участника каждого близкого ему человека, а также понять, какую роль он отводит себе.

Подведение итогов:

Насколько мне понравилось это упражнение?

Узнал ли я что-то новое по поводу себя или других?

Как я чувствую себя сейчас?

Рефлексия.

Занятие 18.

Цель: развитие эмоциональной саморегуляции, умения дифференцировать эмоции, формирование позитивного мышления (позитивное восприятие самого себя окружающей действительности).

Беседа (обсуждение):

1. Замечаете ли вы, что во время монотонной работы невольно начинаю изменять способ действия, даже если это порой приводит к ухудшению результатов?
2. Задумываетесь ли вы перед тем, как что-то предпринимать?
3. Если вы обещаете что-либо сделать, то всегда ли сдерживаете свое слово?
4. Легко ли вас обидеть?
5. Долго ли вы помните обиду?

Упражнение «Радуга на камне»

Цель: развитие эмоциональной саморегуляции, формирование позитивного мышления (позитивное восприятие самого себя окружающей действительности).

Материалы: МАК, природные камни любого размера и любой формы, восковые мелки, цветной картон, клей. Инструкция: Я предлагаю вам подойти к колоде метафорических ассоциативных карт (МАК), предложенной вам. Посмотрите на все карты-картинки и выберите ту, которая может совпадать с вашим актуальным эмоциональным состоянием или настроением в данный момент. Далее возьмите любой камень и восковой мелок того цвета, который сходен по цветовой гамме с выбранной картой-картинкой. Этим цветом раскрасьте одну сторону камня.

После выполнения задания, поделитесь с группой своим выбором карты, камня, цвета мелка и соответственно состоянием, настроением. Затем из камней-настроения, при помощи клея, на цветном картонном листе необходимо создать групповую предметную

композицию (ассамбляж) на тему «Имя». При этом все камни участников должны найти себе место на композиции.

Упражнение «Какое чувство возникает»

Цель: развитие эмоциональной саморегуляции, умения дифференцировать эмоции.

Ведущий просит участников принять удобную позу и закрыть глаза. Он называет звуки, задача участников — осознать, какие чувства эти звуки вызывают.

Перечисляемые звуки: резко тормозит машина, звук оркестра, настраивающего инструменты перед началом концерта, шум морских волн, набегающих на берег, смех за окном, упала и разбилась чашка, орудийные залпы во время праздничного салюта, громкий крик, плач ребенка и т. п.

Затем ведущий просит участников перечислить все известные им чувства и записывает их на ватмане. Проводит мозговой штурм на тему: «Зачем нужны всякие чувства?». Предлагает сделать рисунок «Плохие и хорошие чувства».

Рефлексия.

Занятие 19.

Цель: обучение распознаванию эмоций, рефлексия собственного эмоционального состояния, повышение адаптационного потенциала личности.

Беседа (обсуждение):

1. Когда с вами говорят в повышенных тонах, отвечаете ли тем же?
2. Часто ли вас беспокоит чувство вины?
3. Все ли ваши привычки хороши и желательны?
4. Способны ли вы дать волю своим чувствам и как следует по веселиться в компании?
5. Считаете ли вы себя человеком возбудимым и чувствительным?
6. Считают ли вас окружающие живым и веселым человеком?

Упражнение «Рисунок: плохие и хорошие чувства»

Цель: обучение распознаванию эмоций, развитие эмоциональной сферы, обогащение эмоционального словаря, умение дифференцировать собственное эмоциональное состояние, выработку адекватного отношения к «хорошим» и «плохим» чувствам

Участники группы выполняют рисунки на данную тему на чистом листе, показывают их и обсуждают.

Упражнение «Мой герб».

Цель: повышение адаптационного потенциала личности.

Каждый участник получает лист формата А4 с основой герба. Герб разделен на 5 частей. Подросткам дается инструкция:

- 1 часть - Изобразите то, что умеете делать лучше всего.
- 2 часть - Изобразите место, где вы чувствуете себя хорошо: уютно и безопасно.
- 3 часть – Самое большое свое достижение.
- 4 часть – 3 человека, которым вы можете доверять.
- 5 часть – 3 слова, которые вы бы хотели услышать о себе.

Рефлексия.

Занятие 20.

Цель: развитие навыков саморегуляции и самоконтроля.

Беседа (обсуждение):

1. Как бы Вы хотели себя вести в трудных ситуациях?
2. Что мешает Вам быть таким, каким вы себя описываете?
3. Вы выполняете все рекомендации врачей?

4. Ваши планы на будущее?

5. Что бы Вы хотели пожелать самому себе?

Упражнение «Оценка ресурсов и препятствий»

Цель: поиск ресурсного состояния.

Составляется список необходимых для достижения целей ресурсов, которыми участники уже обладают (черты характера, друзья, которые поддерживают и могут помочь, финансовые ресурсы, уровень образования, энергия, время и т.п.). Ведущий предлагает вспомнить случаи из своей жизни, когда они чувствовали, что достигли успеха.

Рефлексия

Сводная таблица по результатам диагностики (первичная диагностика)

Опросник приверженности лечению					Опросник саморегуляции							Семантический дифференциал											
<i>Первичная диагностика</i>																							
	социальная приверженность лечению	эмоциональная приверженность лечению	поведенческая к приверженность лечению	общая приверженность лечению	планирование	моделирование	программирование	оценка результата	гибкость	самостоятельность	общий уровень саморегуляции	большой-маленький	прочный-хрупкий	динамичный - статичный	упорядоченный - хаотичный	полезный-вредный	избыточный - дефицитарный	контролируемый-стихийный	доступный-недоступаемый	красивый-уродливый	свободный-сковывающий	спокойный-напряженный	родной-чужой
1	14	10	9	33	3	6	4	4	3	3	23	5	5	3	3	2	3	7	3	4	2	3	4
2	10	11	11	32	4	4	6	4	3	2	23	4	5	4	4	3	4	5	3	3	4	4	3
3	13	9	10	32	3	7	5	2	3	3	23	7	7	4	4	2	5	5	3	3	4	5	3
4	12	10	10	32	3	6	6	3	3	2	23	5	6	3	3	3	2	5	4	4	2	2	5
5	10	9	9	28	3	6	6	2	3	3	23	5	5	3	3	3	4	4	3	3	3	4	2
6	14	11	8	33	3	6	5	4	2	3	23	6	5	4	2	2	2	4	3	2	2	2	2
7	15	9	10	34	4	6	5	3	3	2	23	5	4	2	4	1	4	4	3	2	4	4	4
8	16	10	9	35	3	6	5	3	3	3	23	7	6	3	3	2	3	5	2	4	3	3	2
9	15	12	10	37	4	5	5	3	2	2	21	4	7	5	1	3	5	4	3	3	2	5	4
10	15	11	10	36	3	5	5	3	3	4	23	5	5	4	3	2	3	4	3	3	3	3	2
11	15	11	10	36	4	5	5	3	3	3	23	5	7	3	3	2	3	7	2	4	3	3	4
12	15	10	9	34	3	6	4	3	3	2	21	7	7	3	4	4	4	5	4	4	4	4	4
13	15	11	8	34	2	7	6	4	2	2	23	7	7	3	3	3	3	7	3	4	3	3	3
14	14	9	10	33	3	6	6	2	3	3	23	6	6	4	2	3	3	6	3	3	2	3	3
15	14	11	10	35	3	6	5	5	2	2	23	7	5	5	3	2	3	5	2	2	3	3	4
16	28	28	30	86	2	7	5	3	3	2	22	7	6	2	3	1	3	4	2	2	4	3	3
17	14	10	9	33	2	6	5	4	2	2	21	4	5	3	4	1	3	6	2	2	4	3	3
18	11	10	9	30	4	5	5	2	3	3	22	5	6	3	4	2	4	7	3	3	4	4	4
19	11	9	11	31	4	5	4	3	2	3	21	6	6	4	3	3	4	6	3	3	3	4	3
20	17	17	15	49	3	6	5	4	3	2	23	7	6	4	3	3	4	6	3	3	3	4	4
21	15	11	10	36	3	6	4	3	3	3	22	4	4	4	4	2	3	6	2	3	2	2	2
22	14	11	9	34	2	6	3	5	3	3	22	7	6	3	4	4	4	5	3	4	3	4	4
23	16	12	9	37	3	7	4	3	3	2	22	5	7	3	3	3	3	4	3	4	3	3	4
24	15	12	10	37	4	7	5	2	2	3	23	7	7	3	4	3	3	6	2	4	4	5	3
25	15	9	8	32	4	6	5	2	3	3	23	5	5	4	4	2	3	7	4	3	3	3	3
26	17	20	16	53	5	6	6	5	5	4	31	4	7	5	1	3	5	4	3	3	2	5	4
27	17	19	19	55	4	4	4	5	5	4	26	5	5	4	3	2	3	4	3	3	3	3	2
28	18	25	22	65	5	5	4	4	5	6	29	5	7	3	3	2	3	7	2	4	3	3	4
29	19	24	24	67	5	4	5	4	4	5	27	7	7	3	4	4	4	5	4	4	4	4	4
30	19	23	19	61	4	4	5	4	4	4	25	7	7	3	3	3	3	7	3	4	3	3	3
31	20	24	25	69	4	5	4	4	5	4	26	6	6	4	2	3	3	6	3	3	2	3	3
32	20	25	23	68	5	4	5	5	4	5	28	7	5	5	3	2	3	5	2	2	3	3	4

33	23	23	20	66	4	4	6	5	6	5	30	4	4	4	4	2	3	6	2	3	2	2	2
34	18	23	22	63	4	6	5	4	5	5	29	7	6	3	4	4	4	5	3	4	3	4	4
35	19	22	22	63	5	6	6	5	4	4	30	5	7	3	3	3	3	4	3	4	3	3	4
36	20	26	23	69	5	4	5	6	5	4	29	7	7	3	4	3	3	6	2	4	4	5	3
37	23	25	21	69	4	5	5	6	4	4	28	5	5	4	4	2	3	7	4	3	3	3	3
38	28	37	38	103	7	7	5	6	9	7	41	7	5	1	3	5	4	3	3	2	5	4	3
39	32	32	39	103	8	6	5	7	9	8	43	5	4	3	2	3	4	3	3	3	3	2	4
40	33	33	37	103	8	8	5	6	8	8	43	7	3	3	2	3	7	2	4	3	3	4	2
41	33	33	39	105	8	6	5	6	7	8	40	7	3	4	4	4	5	4	4	4	4	4	2
42	32	32	40	104	7	6	6	6	8	8	41	7	7	3	3	3	3	7	3	4	3	3	3
43	37	36	38	111	9	7	5	6	7	7	41	6	6	4	2	3	3	6	3	3	2	3	3
44	34	38	39	111	7	6	6	7	8	8	42	7	5	5	3	2	3	5	2	2	3	3	4
45	33	33	39	105	7	6	5	6	8	8	40	4	4	4	4	2	3	6	2	3	2	2	2
46	35	32	37	104	8	7	5	7	8	8	43	5	6	3	4	2	4	7	3	3	4	4	4
47	31	33	38	102	6	6	5	7	8	8	40	7	7	3	3	3	3	7	3	4	3	3	3
48	15	12	15	42	7	6	6	7	9	8	43	6	6	4	2	3	3	6	3	3	2	3	3
49	38	33	39	110	8	6	5	5	9	8	41	7	5	5	3	2	3	5	2	2	3	3	4
50	34	34	39	107	9	6	5	6	8	7	41	6	6	4	2	3	3	6	3	3	2	3	3

Повторная диагностика группы респондентов с низким уровнем саморегуляции после психокоррекционной программы

1	15	20	19	54	5	4	2	6	4	4	23	5	4	4	2	3	3	4	4	4	2	4	2
2	12	21	16	49	5	3	3	5	4	4	23	5	5	4	3	4	4	4	4	3	4	3	3
3	15	21	17	53	6	7	5	5	5	4	32	6	5	5	3	4	4	5	5	3	4	3	3
4	13	22	19	54	4	5	3	4	4	5	23	5	4	4	2	5	3	5	5	4	2	4	2
5	13	23	18	54	4	5	2	6	4	3	23	5	4	4	3	4	3	4	4	3	3	4	2
6	16	23	17	56	6	6	4	6	6	4	32	6	5	4	3	4	4	5	5	2	2	3	3
7	17	21	21	59	4	6	4	3	3	4	23	5	6	3	2	5	3	6	6	2	4	3	2
8	16	22	18	56	3	3	5	6	3	5	23	5	5	4	3	6	3	6	6	4	3	3	3
9	15	23	17	55	4	5	5	3	4	4	21	7	5	3	3	5	3	5	5	3	2	4	3
10	16	21	15	52	6	5	5	6	6	4	32	6	5	3	2	5	2	6	6	3	3	3	2
11	16	19	14	49	4	5	5	3	3	3	22	5	6	5	3	4	2	5	5	4	3	3	3
12	16	19	17	52	5	4	4	3	3	3	22	5	7	5	3	5	3	7	7	4	4	2	3
13	16	18	15	49	6	5	6	6	5	4	32	6	4	5	4	4	3	6	6	4	3	3	3
14	15	18	15	48	6	6	6	6	4	4	32	4	5	4	3	4	3	5	5	3	2	3	2
15	14	21	17	52	5	3	3	5	4	5	23	6	4	4	3	4	4	6	6	2	3	4	2
16	29	22	26	77	5	4	5	3	4	4	23	7	5	5	2	4	3	4	4	2	4	3	3
17	16	21	16	53	5	6	5	6	5	4	31	6	5	5	2	4	3	3	3	2	4	4	3
18	13	19	17	49	4	5	2	5	3	3	22	5	4	6	1	3	2	4	4	3	4	4	4
19	14	18	15	47	5	5	5	6	5	4	30	6	5	4	3	4	3	4	4	3	3	3	3
20	17	19	18	54	5	4	4	4	3	5	23	5	5	4	2	4	3	5	5	3	3	3	4
21	17	19	15	51	3	6	4	3	4	3	23	6	6	4	2	5	2	4	4	3	2	2	4
22	16	17	16	49	2	6	5	3	3	4	23	5	6	3	3	4	2	4	4	4	3	3	3
23	16	18	21	55	5	4	4	3	4	3	23	6	5	4	3	5	3	3	3	4	3	3	3
24	16	18	19	53	6	6	5	6	5	3	32	4	6	4	3	4	3	4	4	4	4	3	3
25	15	20	18	53	4	6	5	2	4	4	23	5	6	4	2	4	2	4	4	3	3	3	3