Федеральное агентство по образованию

ГОУ ВПО «Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова»

Медико-психолого-социальный институт

Кафедра общей и клинической психологии

**Особенности эмоциональной сферы женщин зрелого возраста с нарушением опорно-двигательного аппарата**

Дипломная работа

Специальность 030301- Психология

Научный руководитель:

Якоцуц Ольга Леонидовна, к.псх.н

«Допустить к защите»

Зав. кафедрой общей и клинической

психологии МПСИ

Фотекова Татьяна Анатольевна, д.псх.н

Абакан 2008

**Содержание**

Введение

1.Теоретические аспекты изучения эмоциональной сферы личности в психологии

1.1 Изучение эмоциональной сферы в зарубежной и отечественной психологии

1.2 Механизмы развития эмоциональной сферы при поражении опорно-двигательного аппарата

2. Психологические особенности женщин зрелого возраста

2.1 Факторы и условия развития личности в зрелом возрасте

2.2 Личностные особенности людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

3. Исследование особенностей эмоциональной сферы зрелых женщин с нарушением ОДА

3.1 Программа исследования

3.2 Анализ и интерпретация результатов исследования

Список литературы

**Введение**

В связи с тем, что в начале ХХI века были приняты ряд федеральных программ, основным направлениями которых стало оздоровление нации, и оптимизация ее эмоционального благополучия: «Программа диспансеризации населения России», в интересах ряда групп населения стали приоритетными социальные вопросы, связанные с демографическим прогрессом, улучшением психофизиологического здоровья, в частности, были введены ограничения в различных видах активности женщин, как потенциально опасные, вызывающие перегрузку женского организма и неспособность произвести здоровое потомство.

Были учтены факторы резкого увеличения вероятности развития различных заболеваний опорно-двигательного аппарата, врожденных и приобретенных нарушений движения человека, что выявлено у 12% населения в России.

В условиях социально – экономической нестабильности прослеживается так же увеличение форм неустойчивых эмоциональных состояний, что является существенным элементом общественного сознания. В критических ситуациях возникает потребности в психоэмоциональной безопасности людей с нарушением опорно-двигательного аппарата, которая выражается в тревожности, смене настроения, эмоциональной тревожности. Изменения эмоциональной сферы является одной из наиболее частых причин отклонения в психическом развитии, создавая значительное количество трудностей в процессе жизни.

На основании этого, проблема изучения особенностей эмоциональной сферы женщин зрелого возраста с нарушением опорно-двигательного аппарата является актуальной и требует детального изучения.

**Объект исследования:** эмоциональная сфера.

**Предмет исследования:** особенности эмоциональной сферы женщин зрелого возраста с нарушением опорно-двигательного аппарата.

**Цель исследования:** выявить психологические особенности эмоциональной сферы женщин зрелого возраста с нарушением опорно-двигательного аппарата.

В соответствии с целью работы были выделены следующие **задачи:**

1. Проанализировать литературу по проблеме изучения эмоциональной сферы личности;

2**.**Выявить особенности эмоциональной сферы женщин зрелого возраста с нарушением опорно-двигательного аппарата;

3**.** Выявить особенности эмоциональной сферы женщин зрелого возраста с нормой активности;

4.Сравнить особенности эмоциональной сферы женщин зрелого возраста с нарушением опорно-двигательного аппарата и с нормой активности.

**Гипотеза исследования:** мы предполагаем, что группа женщин зрелого возраста с нарушением опорно-двигательного аппарата имеют особенности в эмоциональной сфере, что проявляется в высоком уровне тревожности и неустойчивости эмоциональных процессов.

**Методологической основой** для написания данной работы явились:

Концепции о природе эмоций Е.П. Ильина, И. Изарда; целостный, интегративный подход психического и эмоционального здоровья отражения работ Б.Г. Ананьева и Л.С. Выготского.

**Методы исследования:** *теоретические методы*: анализ литературы по проблеме исследования эмоциональной сферы личности; *эмпирические методы*: психодиагностические методы: диагностика состояния стресса; методика измерения уровня тревожности Тейлора в адаптации Т.А. Немчиновой; методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова; методика Айзенка – EPQ; методика опредеделения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге; метод диагностического типа эмоциональной реакции на воздействие стимулов окружающей среды В.В. Бойко; *интерпретационные методы* (Pearson; Mann-Whitney)

**Теоретическая значимость** дипломной работы состоит в том, что проведенное экспериментальное исследование позволит расширить и углубить знания об эмоциональной сфере зрелых женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата и без патологий, рассмотреть особенности эмоционального реагирования, эмоционального контроля, уровня тревожности и депрессивности.

**Практическая значимость** данной работысостоит в том, что полученные по результатам исследования данные об особенностях эмоциональной сферы женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата и без патологий, могут быть использованы специалистами в работе с данной категорией женщин.

**Надежность и достоверность данных,** полученных в процессе исследования, обеспечивались применением широкого спектра методик, адекватных цели и объекту исследования, качественным и количественным анализом экспериментального материала с использованием методов математической статистики.

**База исследования:** Хакасская региональная общественная организация всероссийского общества инвалидов. Адрес: Вяткина16, г. Абакан.

**Структура дипломной работы:** работа состоит из введения, трех глав, заключения и списка литературы.

**1. Теоретические аспекты изучения эмоциональной сферы личности в психологии**

**1.1 Изучение эмоциональной сферы в зарубежной и отечественной психологии**

Об эмоциях написано очень много как в художественной, так и в научной литературе, они вызывают интерес у философов, физиологов, психологов, клиницистов. Достаточно сослаться на систематические обзоры экспериментального их изучения в работах Р. Вудсвордса (1950), Д. Линдсли (1960), П. Фресса (1975), Я. Рейковского (1979), К. Изарда (2000), переведенных на русский язык, а также отечественных авторов: П.М. Якобсона (1958), В.К. Вилюнаса (1973), Б.И. Додонова (1987), П.В. Симонова (1962. 1975, 1981, 1987), Л.И. Куликова (1997). Однако и до сих пор проблема эмоций остается загадочной и во многом неясной.

Роль эмоций в управлении поведением человека велика, и не случайно практически все авторы, пишущие об эмоциях, отмечают их мотивирующую роль, связывают эмоции с потребностями и их удовлетворением (Фрейд,1894, Вилюна, 1990, Додонов, 1987, Изард, 1980, Леонтьев, 1982, Фресс, 1975, Рейковский, 1979, Симонов и др.).

Эмоция (от лат. emovere – возбуждать, волновать) обычно понимается как переживание, душевное волнение.

Словарь по психологии под редакцией А.В. Петровского и М.Г. Ярошевского характеризует эмоции как «психическое отражение в форме непосредственного пристрастного переживания жизненного смысла явлений и ситуаций, обусловленного отношением их объективных свойств к потребностям субъекта» [31, С.461].

В процессе эволюции эмоции возникли как средство, позволяющее живым существам определять биологическую значимость состояний организма и внешних воздействий. Простейшая форма эмоций – так называемый эмоциональный тон ощущений – непосредственные переживания, сопровождающие отдельные жизненно важные воздействия (например, вкусовые, температурные) и побуждающие субъекта к их сохранению или устранению. В экстремальных условиях, когда субъект не справляется с возникшей ситуацией, развиваются аффекты.

В.К. Вилюнас справедливо отмечает, что «многое из того, что в учении об эмоциях по традиции называют словом «теория», по существу представляют собой скорее отдельные фрагменты, лишь в совокупность приближающиеся к идеально исчерпывающей теории. Можно выделить такие подходы к пониманию эмоций, как физиологический, психоаналитический, когнитивный, социально-культурный и пр.

*Психоаналитическая теория эмоций.* З.Фрейд основывал свое понимание аффекта на теории о влечениях и, по сути, отождествлял и аффект, и влечение с мотивацией. Фрейд и его последователи рассматривали только негативные эмоции, возникающие в результате конфликтных влечений. Поэтому они выделяют в аффекте три аспекта: энергетический компонент инстинктивного влечения («заряд» аффекта), процесс «разрядки» и восприятие окончательной разрядки ощущение, или переживание эмоции.

*Сосудистая теория выражения эмоций* *И. Уэнбаума.* Вначале 20 в. И. Уэнбаум отметил тесное взаимодействие между лицевыми мышцами и мозговым кровотоком, откуда высказал предположение, что мышцы лица регулируют кровоток. Воздействуя противоположно на вены и артерии, они усиливают приток или отток крови в мозг.

*Биологическая теория эмоций П.К. Анохина* строит свое понимание эмоций как биологического продукта эволюции, приспособительный фактор в жизни животных. Возникновение потребностей приводит, по П.А. Анохину, к возникновению отрицательных эмоций, которые играют мобилизующую роль, способствуя наиболее быстрому удовлетворению потребностей оптимальным способом. Когда обратная связь подтвердит, что достигнут запрограммированный результат, т.е. потребности удовлетворены, возникает положительная эмоция. Она выступает как конечный подкрепляющий фактор [19, С. 74].

*Когнитивные и культурные подходы*. Одной из первых когнитивных теорий эмоций в психологии была теория Магды Арнольд, которая тесно рассматривала эмоциональный процесс как последовательность, начинающуюся с восприятия стимула, за которым немедленно следует акт оценки, который, в свою очередь, активирует эмоциональную реакцию. Арнольд определяла восприятие как немедленно прямое понимание стимула, а оценку – как решение о том, плох этот стимул или хорош. Именно оценка стимула способствует возникновению эмоции по отношению к объекту, персоне или событию, а эмоция – выработке поведенческой реакции достижения (если объект оценен как вероятно полезный) или избегания (если объект оценен как потенциально вредный). Нейтральные стимулы просто игнорируются.

Согласно этой теории, эмоциональная реакция в основном определяется памятью индивидуума об имеющимся опыте взаимодействия с конкретным явлениям, объектом или представление о раздражителе. Как и Фрейд, Арнольд рассматривает процесс оценки как прямой, немедленный и интуитивный, а не как сознательный, планируемый и обдумываемый: «Последовательность – «восприятие – оценка – эмоция», связана так сильно, что наши повседневные переживания никогда не являются строгим объективным знанием предмета, они всегда выглядят как знание и симпатия или знание и антипатия.

Некоторые социально-психологические теории были сформулированы для объяснения эмоциональных процессов в зрелом возрасте, и ряд ученых, например, Арнольд и Шехнер, рассматривали эмоции как тесно зависимые от познания. В своей теории двух факторов Шехнер утверждает, что эмоции строятся на основе когнитивной интерпретации возбуждения в социальном контексте. Одинаковое недифференцированное состояние возбуждения берется за основу всех эмоций, которые ощущаются по-разному из-за различной его интерпретации.

Другие социальные психологи, например, Лазарус и Томкинс, отрицали сведение эмоционального опыта к когнитивной интерпретации различных типов. Лазарус предложил более полную когнитивно-мотивационую теорию, согласно которой эмоции – это комплексные многокомпонентные процессы. Компоненты рассматриваются как независимые, но одного компонента недостаточно для объяснения эмоций.

Как уже отмечалось, эмоции в узком значении слова – это непосредственное, временное переживание какого-нибудь чувства. С точки зрения влияния на деятельность человека эмоции делятся на стенические и астенические. Стенические эмоции стимулируют деятельность, увеличивают энергию и напряжение сил человека, побуждают его к поступкам, высказываниям. И, наоборот, иногда переживания характеризуются своеобразной скованностью, пассивностью, тогда говорят об астенических эмоциях. Поэтому в зависимости от ситуации и индивидуальных особенностей эмоции могут по-разному влиять на поведение. Так, у испытывающих чувство страха человека возможно повышение мускульной силы и он может броситься навстречу опасности. То же самое чувство страха может вызвать полный упадок сил, от страха у него могут «подгибаться колени». Горе может вызвать апатию, бездеятельность у человека слабого, в то время как сильный человек удваивает свою энергию, находя утешение в работе и творчестве.

Различные ученые описывают эмоции как источник энергии для мысли, как кто, чему служит познание и что является окном для сознания, как средство социальных контактов и связующее звено человеческих отношений, как объединяющее начало для целостности и согласованности человеческого «я» и как то, что окрашивает наш опыт и придает значение нашей жизни. Отмечают как организующее, так и потенциально дезорганизующее влияние эмоций.

Эмоции играют важную роль в понимании окружения и адаптивном реагировании на него. У людей они выполняют направляющую функцию, обеспечивающую функцию, обеспечиваемую инстинктами у многих животных, что придает поведению гибкость, отличающую нас как вид.

Эмоция также играет важнейшую роль при определении психопатологии. Каждое большое психиатрическое заболевание прежде всего характеризуется экспрессией или регулированием эмоций. Пониженная эффективность, неадекватная или безудержная эмоция – все это признаки патологии. При различных расстройствах от раскола между мыслью и эмоциями при шизофрении до апатии при некоторых нарушениях личности и безудержного гнева у непослушных детей эмоциональные нарушения являются центральными.

В психологии развития вообще эмоции занимают важнейшее место. Действительно, не поняв эмоций, невозможно полностью понять человеческое развитие. Аналогично, не понимая развитие в целом, нельзя понять эмоциональную жизнь. Эмоциональная жизнь опирается на восприятие, познание и социальный опыт. В то же время изменения в эмоциональной жизни отражают изменения в когнитивном и социальном развитии, и, в свою очередь, эмоциональный опыт объединяет и побуждает прогресс в этих областях. Такова роль эмоций в человеческом поведении.

Эмоции играют большую роль в жизни людей. Так, сегодня никто не отрицает связь эмоций с особенностями жизнедеятельности организма. Хорошо известно, что под влиянием эмоций изменяется деятельность органов кровообращения, дыхания, пищеварения, желез внутренней и внешней секреции и др. Излишняя интенсивность и длительность переживаний может вызвать нарушения в организме. М.И. Аствацатуров писал, что сердце чаще поражается страхом, печень – гневом, желудок – апатией и подавленным состоянием. Возникновение этих процессов имеет в своей основе изменения, происходящие во внешнем мире, но затрагивает деятельность всего организма [19, С.14].

Под воздействием негативных эмоциональных состояний у человека может происходить формирование предпосылок к развитию разнообразных болезней. И наоборот, существует значительное количество примеров, когда под влиянием эмоционального состояния ускоряется процесс исцеления. Неслучайно принято считать, что слово тоже лечит. При этом имеется в виду, что прежде всего вербальное воздействие врача-психотерапевта на эмоциональное состояние больного. В этом проявляется регуляторная функция эмоций и чувств.

Кроме того, что эмоции выполняют функцию регуляции состояния организма, они также задействованы и в регуляции поведения человека в целом. Это стало возможным потому, что человеческие чувства и эмоции имеют длительную историю филогенетического развития, в ходе которого они стали выполнять целый ряд специфических функций, свойственных только для них. Прежде всего к таким функциям следует отнести отражательную функцию чувств, которая выражается в обобщенной оценке событий.

Оценочная, или отражательная, функция эмоций непосредственно связана с побудительной, или стимулирующей функцией. Например, в дорожной ситуации человек, испытывая страх перед приближающейся машиной, ускоряет свое движение через дорогу. С.Л. Рубинштейн указывал, что «эмоция в себе самой заключает влечение, желание, стремление, направленное к предмету или от него» [19, С.24]. Таким образом, эмоции способствуют определению направления поиска, в результате которого достигается удовлетворение возникшей потребности или решается стоящая перед человеком задача.

Переключательная функция эмоций особенно ярко обнаруживается при конкуренции мотивов, в результате которой определяется доминирующая потребность. Так, возможно возникновение противоречия между естественным для человека инстинктом самосохранения и социальной потребностью следовать определенной этической норме, что, по сути дела, реализуется в борьбе между страхом и чувством долга, страхом и стыдом. Привлекательность мотива, его близость личностным установкам направляет деятельность человека в ту или иную сторону.

Еще одна функция эмоций – приспособительная. По утверждению Ч. Дарвина, эмоции возникли как средство, при помощи которого живые существа устанавливают значимость тех или иных условий для удовлетворения актуальных для них потребностей. Благодаря вовремя возникшему чувству организм имеет возможность эффективно приспособиться к окружающим условиям.

Существует и коммуникативная функция чувств. Мимические и пантомимические движения позволяют человеку передавать свои переживания другим людям, информировать их о своем отношении к предметам и явлениям окружающей действительности. Мимика, жесты, позы, выразительные вздохи, изменение интонации являются «языком человеческих чувств», средством сообщения не столько мыслей, сколько эмоций.

Существенные индивидуальные различия наблюдаются также в эмоциональной возбудимости людей. Есть люди, эмоционально мало чуткие, у которых только какие-либо чрезвычайные события вызывают ярко выраженные эмоции. Такие люди не столько чувствуют, попав в ту или иную жизненную ситуацию, сколько осознают ее умом. Есть и другая категория людей – эмоционально возбудимых, у которых малейший пустяк может вызвать сильные эмоции. Даже маловажное событие вызывает у них подъем или падение настроения.

Одно из наиболее существенных различий между людьми кроется в том, как эмоции отражаются на их деятельности. Так, у одних людей эмоции носят действенный характер, побуждают к действию, у других все ограничивается самим чувством, не вызывающим никаких изменений в поведении.

Таким образом, эмоции - психическое отражение в форме непосредственного пристрастного переживания жизненного смысла явлений и ситуаций, обусловленного отношением их объективных свойств к потребностям субъекта. В психологии существуют теории эмоций, указывающие на зависимость эмоций от физиологического состояния человека, что позволяет говорить о том, что механизмы эмоционального развития здорового человека могут отличаться от эмоционального развития человека с физическими дефектами и патологиями.

**1.2 Механизмы развития эмоциональной сферы при поражении опорно-двигательного аппарата**

В ХХ веке в связи с развитием сферы транспортных услуг и увеличением количества личного транспорта образ жизни отдельного индивидуума становится всё более малоподвижным. В результате пешком человек проходит небольшое расстояние от дома до транспорта и от транспорта до рабочего места. Разумеется, этого недостаточно для поддержания опорно-двигательного аппарата в тонусе, поэтому вследствие такого образа жизни его функциональные снижаются. В совокупности с особенностями питания и рядом других факторов резко увеличивается вероятность развития различных заболеваний опорно-двигательного аппарата, что мы и можем наблюдать в развитых странах. Врожденные и приобретенные заболевания опорно-двигательного аппарата наблюдаются у 12% населения во всем мире.

Скелет и мышцы, плюс то, что связывает между собой эти составные части: связки и суставы**-** все вместе образуют опорно-двигательный аппарат. Функции этого аппарата ясны из названия - опора и движение.

Опорно-двигательная система состоит из костей, связок, хрящей и сухожилий. Она обеспечивает структурную крепость тела, вертикальное положение, защищает внутренние органы от повреждений. Опорно-двигательная система является хранилищем минеральных веществ. Кости бывают длинные (в руках и ногах), короткие (коленная чашечка, лодыжка, запястье), плоские (череп, ребра, грудная клетка, лопатки). Прочность опорно-двигательного аппарата снижается из-за плохого питания, употребления большого количества сахара, отсутствия должной физической нагрузки. Способствует этому и гормональный дисбаланс. Употребление кофе и напитков с высоким содержанием фосфорной кислоты ведет к потере кальция и формированию остеопороза, при котором увеличивается скорость резорбции (рассасывания) минеральных веществ костей.

В зависимости от количества составляющих опорно-двигательного аппарата существует большое многообразие его заболеваний.

Позвоночник с древних времен считается средоточием жизненной силы человека, энергетическим стержнем. В соответствии с древнеиндийскими представлениями о жизни, вдоль позвоночника проходят главные энергетические каналы, и располагаются центры человеческого организма (чакры), в которых аккумулируется энергия разных уровней.   
 Правильная осанка (и правильное мировоззрение) способствует беспрепятственному потоку энергии в биомагнитном поле человека. Физиологические изгибы позвоночника символизируют напряжение, которое испытывает личность при взятии на себя ответственности за реализацию определенной части своей жизненной программы.   
 Жидкость, содержащаяся в ядре диска - символ эмоциональной природы человека. Свойства связок отражают степень гибкости во взаимоотношениях. Мышцы - умение управлять жизненными обстоятельствами. Кровоснабжение спинного мозга - телесный эквивалент связи человека с окружающим миром. Соответственно, отсутствие гибкости, жесткая мировоззренческая позиция, неумение претворять в жизнь свои устремления и организовывать работу являются психосоматическими причинами остеохондроза.

Соединительная ткань символизирует способность к взаимодействию с людьми. А суставы - умение управлять эти взаимодействием. Аутоиммунные реакции - аналог выраженных внутренних противоречий, запретов на естественные проявления внутреннего «Я», а также стремления к контролю над людьми. Нарушение в одном звене механизма неизбежно вызывает изменения во всей системе. Организм пытается подстроиться под изменившиеся условия, компенсировать недостаток или нарушение функции.

Нарушение функций опорно-двигательного аппарата могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Отмечаются следующие виды патологий опорно-двигательного аппарата.

1. Заболевание нервной системы: детский церебральный паралич: полиомиелит;
2. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата: врожденный вывих бедра; кривошея; косолапость и другие деформации стоп; аномалии развития позвоночника (сколиоз); недоразвитие и дефекты конечностей; аномалии развития пальцев кисти; артрогрипоз (врожденное уродство).
3. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата: травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей; полиартрит; заболевания скелета (туберкулез, опухоли кости, остеомиелит); системные заболевания скелета (ходродистрофия, рахит) [48, С.23]

Все болезни опорно-двигательного аппарата подразделяются на самостоятельные и вторичные, которые возникают как осложнение другого патологического процесса, происходящего в организме. В свою очередь, самостоятельные заболевания подразделяются на две основные группы: *артриты* и *артрозы.* Их основное различие заключается в причине возникновения заболевания. Артриты вызываются воспалительными процессами, тогда как артрозы связаны с дегенеративным процессом в суставах.

Самым распространённым заболеванием опорно-двигательного аппарата является принадлежащий к группе артрозов - *остеохондроз.* Межпозвонковый остеохондроз вызывается износом или деформацией межпозвонкового диска, сопровождающимся значительным снижением его высоты. Возникновение заболевания обычно связывают с преждевременным износом диска из-за высокой физической нагрузки, с предшествующими заболеванию травмами, возрастными изменениями. Поражение позвоночного столба происходит также при болезни Бехтерева (анкилозирующий спондилоартрит). При болезни Бехтерева развивается воспалительное поражение межпозвонковых суставов и спинальных связок, что сопровождается развитием болевого синдрома. Боль распространённая, по всей длине позвоночника или в проекции поражённого отдела, характеризуется постоянством, усиливается после продолжительного покоя, зависит от погодных условий. Боль часто сочетается со скованностью в области поражённого отдела и более выражена утром. Может развиваться корешковый синдром при ущемлении корешков спинномозговых нервов в результате сближении тел позвонков. При прогрессировании заболевания происходит деформация позвоночника и изменение осанки больного: формируется либо «поза просителя», либо «доскообразная спина».

*Грыжа межпозвоночного диска* - это крайнее проявление такого заболевания, как остеохондроз, в результате которого происходят дегенеративные изменения межпозвоночных дисков. Процесс образования межпозвоночной грыжи может быть спровоцирован многими факторами: остеохондроз, травмы, слабый мышечный корсет спины, неправильная осанка, нарушение обмена веществ, возрастные изменения, наследственные причины, тяжелые физические нагрузки, инфекция.

Возникновение болезни происходит из-за разрыва межпозвоночного диска, в результате чего из него выходит пульпозное ядро и образуется межпозвоночная грыжа. Если она направлена в сторону спинного мозга и его нервных окончаний, оказывает давление на связочный аппарат позвоночника, то это вызывает острую боль. Давление грыжи на корешок нерва вызывает воспаление, которое сопровождается отеком.

Чаще всего встречается грыжа поясничного отдела позвоночника. Это связано с тем, что на поясницу приходится основная нагрузка, особенно во время поднятия тяжестей или при неправильном положении, при выполнении некоторых работ. При грыже поясничного отдела наблюдаются следующие симптомы: боль в ноге, чаще всего по задней ее поверхности от бедра до стопы или пятки; боль в области поясницы постоянного и длительного (свыше трех месяцев) характера; изолированная боль в стопе либо онемение пальцев стопы; онемение в области паха.

*Грыжа шейного отдела* сопровождается головными болями в сочетании со скачками давления и головокружениями, болью, отдающей в плечо или руку, онемением пальцев рук. При этом виде грыжи нарушается мозговое кровообращение и головные боли, головокружения и нарушения памяти вызваны тем, что ответственные за координацию отделы мозга не получают достаточное количество крови.

Остеохондроз может развиться в любом возрасте, но чаще им страдают мужчины в возрасте 40-60 лет. Женщины же гораздо более подвержены другому заболеванию этой группы - *остеоартрозу.* В отличие от остеохондроза, остеоартроз поражает тазобедренные, коленные суставы и суставы кистей рук. Лишь изредка, при развитии полиостеоартроза, он может распространиться за эти пределы. Причиной остеоартроза является преждевременное старение суставного хряща вследствие постоянных травм (например, профессиональных), нарушения нормального кровообращения, генетической предрасположенности.

Проявляется остеоартроз в виде постоянных небольших болей и постепенно развивающейся деформации суставов. Деформации не связаны с воспалительными процессами, поэтому, как правило, не болезненны. Однако в случае ущемления кусочка хряща между суставами может возникнуть внезапная острая боль и невозможность движения в поражённом суставе, продолжающаяся не долго [45, С.21].

Симптомы остеоартроза различных суставов могут также различаться. Так, деформирующий артроз тазобедренного сустава сопровождается болями в момент опора на ногу, хромотой. Если болезнь не лечить, со временем возникнут значительные ограничения всех движений в суставе, укорочение конечности за счёт постоянного подвывиха головки бедра. Для деформирующего артроза коленного сустава характерны тупые боли при спускании с лестницы, периодически возникающая припухлость поражённого сустава.

У женщин в климактерический период часто возникает деформирующий артроз дистальных межфаланговых суставов. Его первые признаки - возникновение уплотнений суставов, иногда их болезненность.

У детей в возрасте 6-14 лет встречается деформирующий *эндемический артроз.* Причина его возникновения порождает среди учёных немало споров и точно до сих пор не выяснена. Как варианты называются заражение грибом хлебных злаков и заниженное содержание кальция в воде и почве, а, следовательно, недостаточное его поступление в организм ребёнка. Болезнь проявляется в прогрессирующей деформации суставов, существенном замедлении роста, короткопалости. При этом боли, как правило, отсутствуют или выражены незначительно. Иногда возникает так называемая "блокада" сустава - резкое наступление его неподвижности на непродолжительный срок. Считается, что остановить течение деформирующего эндемического артроза нельзя, но можно замедлить развитие болезни индивидуально подобранной пациенту физиотерапией и специальными препаратами, содержащими фосфор и кальций.

Боли в спине чаще всего трактуют как первые признаки остеохондроза, однако они могут быть вызваны различными заболеваниями, в том числе и болезнью Бехтерева (анкилозирующим спондилоартритом). Это заболевание обусловлено воспалительным процессом, чаще всего вялотекущей урогенитальной инфекцией, и встречается у мужчин в возрасте 20-40 лет. Болезнь Бехтерева поражает мелкие суставы позвоночника и крестцово-подвздошного сочленения. Заболевание ведёт к постепенному анкилозированию суставов, окостенению межпозвонковых дисков и, в итоге, абсолютной неподвижности позвоночника [45, С. 24].

Другим заболеванием, при котором происходит поражение суставов, является *ревматоидный артрит* - это хроническое системное имунно-воспалительное заболевание соединительной ткани, при котором развивается эрозивно-деструктивный полиартрит с поражением преимущественно мелких суставов кисти и стопы. Этиология заболевания неизвестна. На ранней стадии заболевания развивается симметричный полиартрит мелких суставов указанной локализации. Значительно позже и не во всех случаях в процесс вовлекаются крупные суставы. Реже всего затрагиваются тазобедренные и плечевые суставы, иногда - височно-нижнечелюстные и атланто-аксиальное сочленение. Боли в суставах выраженные, ноющие, постоянные, сильнее выражены ночью и утром, усиливаются при активных и пассивных движениях, в течение дня могут ослабевать. Внешне отмечается припухлость суставов, возможно ограничение подвижности в суставе, обусловленное болевым синдромом. Характерным признаком ревматоидного артрита является утренняя скованность во всём теле или только в поражённых суставах. Это состояние длится не менее получаса и проходит после активных движений. При дальнейшем прогрессировании заболевания присоединяется атрофия мышц, прилежащих к поражённым суставам. Заболевание характеризуется неуклонным прогрессированием и развитием сезонных обострений, при которых возможны подъёмы температуры, нарастание воспалительных изменений и болевого синдрома в поражённых суставах, вовлечение в процесс новых суставов. С течением заболевания суставы деформируются, развиваются стойкие контрактуры, значительное ограничение подвижности. Наиболее характерной является деформации кисти по образу ласт моржа. Возможно формирование нестабильности в суставах и подвывихов.

Среди болезней обмена веществ, ведущих к поражению суставов, наиболее значимой является *подагра*. Заболеванием значительно чаще болеют мужчины после 40 лет, чем другие возрастно-половые группы. Это заболевание характеризуется нарушением обмена мочевой кислоты, которая в виде микрокристаллов моноурата натрия скапливается в полости суставов. Течение заболевание кризовое, обострение заболевания носит название «подагрическая атака» и обусловлено образованием в полости сустава новых кристаллов моноурата. Подагрический приступ чаще начинается ночью, накануне возможно переедание мяса, стресс, травма, злоупотребление алкоголем. В типичных случаях заболевание начинается с острого артрита первого плюснефалангового сустава. В течение нескольких часов развивается выраженная припухлость сустава, покраснение, кожа становится глянцевой, горячей на ощупь, напряжённой. Появляется жгучая мучительная боль. Развивается лихорадка и ухудшение самочувствия. Продолжительность приступа от нескольких часов до нескольких дней. Стихание приступа происходит быстрее при приёме нестероидных противовоспалительных средств. С годами частота атак может увеличиваться, в патологический процесс вовлекаются новые суставы. Длительное и тяжёлое течение заболевания характеризуется генерализацией подагрических изменений с распространением на позвоночник, грудино-ключичные сочленения, сухожилия. Постепенно боли приобретают постоянный характер, возникают контрактуры, суставы деформируются. Изменения суставов кисти могут напоминать изменения при ревматоидном артрите. Различение этих заболеваний проводят по особенностям клинической картины.

Познание психологических особенностей личности людей с различными заболеваниями очень важно, поскольку в большинстве случаев решающее значение приобретает не столько вид и степень дефекта, как то обстоятельство, у кого возник дефект, кто страдает дефектом, т.е. какова личность этого человека.

Под понятием «дефект» понимается недостаток, нарушение или повреждение, имеющее характер серьезного и относительно стабильного недостатка; потеря или отсутствие какой-либо функции или органа. М. Совак подразделяет дефекты на органические и функциональные.

А) *органический дефект* - это нарушение, отсутствие или недостаток какого-либо органа (генерализованный дефект) или его части (изолированный дефект).

Причинами органических дефектов могут быть:

- наследственная или конгенитальная (врожденная) недостаточность, касающаяся как органа в целом, так и его частей.

- заболевание, приводящее к значительным последствиям в деятельности некоторых органов, например, паралич мышечных групп, хронические изменения тканей, заболевание сердца и т.д.

- травма, т.е. повреждение организма, однократно или хронически повторяющееся, причем последствием травмы является деформация определенных органов. Травма может быть вызвана механическими воздействиями (например, операция), влияниями излучения (например, атомного), недостатком каких-либо веществ в пище и т.д.

б) *функциональный дефект* – это нарушение функции органа или нарушение общих функций всего организма без какого-либо нарушения ткани органа или органической системы. Сюда относятся неврозы органов (например, сердечные, венозные и другие неврозы), психоневрозы, нарушения поведения, психопатии, психозы и т.п. Функциональные дефекты чаще всего вызваны интрапсихическими нарушениями или нарушениями социальных связей индивида [48, С.38].

Согласно физиологической теории эмоций, возникновение эмоций обусловлено вызываемыми внешними воздействиями изменениями как в произвольной двигательной сфере, так и в сфере непроизвольных актов, например, деятельности сердечно-сосудистой системы. Ощущения, связанные с этими изменениями, и есть эмоциональные переживания. Именно органические изменения являются первопричинами эмоций. Отражаясь в психике человеку через систему обратных связей, они порождают эмоциональное переживание соответствующей модальности. Согласно этой точке зрения, сначала под воздействием внешних стимулов происходят характерные для эмоций изменения в организме и лишь затем, как их следствие, возникает сама эмоция. Исходя из этого следует рассматривать организм человека в комплексе и учитывать взаимосвязь всех его систем. К проблеме взаимосвязи дефекта и эмоционального развития можно подойти с позиций теоретических принципов, разработанных русским психологом Л.С. Выготским и австрийским психологом А.Адлером применительно к развитию аномальных детей и подростков.

А. Адлер и его школа считают основой своей психологической системы учение о неполноценных органах и функциях, недостаточность которых постоянно стимулирует повышенное развитие. Как психоаналитик, А. Адлер считал, что основной движущей силой психического развития человека является потребность в реализации врожденного «социального чувства», или «чувства общности», состоящего в стремлении человека найти и занять достойное место в своем социальном целом [2, С.10].

Большое место в своих работах Л.С. Выготский уделяет вопросу о возможности компенсации дефекта. Он пишет: «Всякий телесный недостаток - будь то слепота, глухота или врожденное слабоумие - не только изменяет отношение человека к миру, но, прежде всего, сказывается на отношениях с другими людьми. Органический дефект или порок реализуется как социальная ненормальность поведения» [16, С.22]. А.Р. Лурия существенным образом способствовал формированию современного понимания органов чувств как единой системы. Факт, что нарушенный анализатор является составной частью единой функциональной системы означает, что в него включается и деятельность остальных членов системы и устанавливается определенное взаимоотношение как между отдельными частями, так и между частями и системой как единым целым. Таким образом, закон компенсации можно применять как к нормальному, так и к затрудненному дефектом развитию.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что дефект - это недостаток, нарушение или повреждение, имеющее характер серьезного и относительно стабильного недостатка; потеря или отсутствие какой-либо функции или органа. Дефекты могут быть органического и функционального свойства. С точки зрения А.Адлера и Л.С. Выготского, дефект имеет двойственную природу – с одной стороны, это - минус, ограничение, слабость, но с другой стороны, он стимулирует развитие вперед, что позволяет говорить о его компенсаторных функциях.

К болезням опорно-двигательного аппарата относят:

- заболевания нервной системы: детский церебральный паралич: полиомиелит;

- врожденные патология опорно-двигательного аппарата: врожденный вывих бедра; кривошея; косолапость и другие деформации стоп; аномалии развития позвоночника (сколиоз); недоразвитие и дефекты конечностей; аномалии развития пальцев кисти; артрогрипоз (врожденное уродство);

- приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата: травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей; полиартрит; заболевания скелета (туберкулез, опухоли кости, остеомиелит); системные заболевания скелета (ходродистрофия, рахит), различные артрозы и артриты.

Таким образом,рассматривая человеческий организм как комплексное образование, можно говорить о том, что нарушение опорно-двигательного аппарата влечет за собой изменения в эмоциональной сфере личности.

**2. Психологические особенности женщин зрелого возраста**

**2.1 Факторы и условия развития личности в зрелом возрасте**

Зрелость - самый длительный для большинства людей период жизни. Его верхнюю границу разные авторы определяют по-разному: от 50-55 до 65-70 лет. Согласно Э. Эриксону, зрелость охватывает время от 25 до 65 лет, т.е. 40 лет жизни.

Зрелость считается порой полного расцвета личности, когда человек может реализовать весь свой потенциал, добиться наибольших успехов во всех сферах жизни. Это время исполнения своего человеческого предназначения - как в профессиональной или общественной деятельности, так и в плане преемственности поколений.

Не совпадают нижние и верхние границы зрелости в классификациях разных авторов. Д. Биррен выделяет раннюю зрелость (17-25 лет), зрелость как таковую (25-50 лет) и позднюю зрелость (50-75 лет). Д. Бромлей выделяет четыре периода зрелости, называемой им взрослостью: ранняя взрослость (21-25 лет), средняя взрослость (25-40 лет), поздняя (40-55 лет), предпенсионный возраст (55-65 лет).

Все авторы отмечают неоднородность зрелости, в которой выделяют раннюю и позднюю зрелость.

Нет единого мнения по поводу нижних и верхних границ выделенных авторами возрастных периодов и в отношении ранней и поздней зрелости. Один автор считает началом ранней зрелости 17 лет, другой - 25. Разница составляет 4 года. Заканчивается период ранней зрелости по одной классификации в 25 лет, по другой - в 40. Разница составляет 15 лет.

Разноречивость в определении возрастных границ, верхних и нижних, объясняется разными принципами построения классификаций возрастных периодов: физиологическим, антропологическим, демографическим, психологическим. Следует согласиться с тем, что психологические и физиологические показатели развития по времени могут не совпадать, что и находит отражение в возрастных характеристиках. Что же касается большого охвата возрастов в возрастном периоде, то это, скорее всего, можно объяснить тем, что авторы классификаций не располагаю достаточным экспериментальным материалом. Однако, несмотря на разные подходы к построению возрастной периодизации взрослого человека, следует обратить внимание на то, что все авторы отмечают неоднородность зрелости, фазность в развитии взрослого человека в течение жизни.

Большая часть исследователей относит начало периода взрослости к моменту окончания юности – к 18-19 годам, а конец – к возрасту 55-60 лет (Бодалев А.А., 1999). В этом диапазоне выделяют ряд стадий: 1) ранней взрослости (18-30 лет); 2) средней взрослости (30-45 лет); 3) поздней взрослости (45-55 лет); 4) предпенсионного возраста (50-55 лет для женщин: 55 – 60 лет для мужчин). При этом на каждой стадии отмечаются характерные для нее особенности.

На стадии ранней взрослости характерно овладение ролью взрослого человека, получение избирательного права, полная юридическая и экономическая ответственность. У большинства складывается собственная семья, рождается первый ребенок. Завершается получение высшего образования. На работе осваиваются профессиональные роли, образуется круг общения, в основе которого - избранная профессия.

Средняя взрослость – это период совершенства в выполнении профессиональной роли и старшинства, а иногда лидерства среди товарищей по работе, относительная материальная самостоятельность и сравнительно широкий круг социальных связей, а также наличие и удовлетворение интересов вне рамок профессиональной деятельности.

Поздняя взрослость характеризуется высококвалифицированных выполнением избранных в молодости профессиональных и социальных ролей и, как правило, достижением пика в должностном статусе, а также некоторыми снижением социальной активности. Во многих случаях в этих случаях происходит уход из семьи выросших детей.

Предпенсионный возраст - происходит заметное снижение физических и умственных функций, но вместе с тем - это годы, благоприятные для занятий видного социального положения. В основной области труда наблюдается спад профессиональных притязаний, происходят существенные изменения во всей мотивационной сфере в связи с подготовкой к предстоящему пенсионному образу жизни.

Одной из наиболее интересных зарубежных концепций, вошедших в научный «арсенал» современной возрастной психологии, является теория американского психолога Э. Эриксона о восьми стадиях развития личности. В психологии взрослых людей он выделил три основные стадии: ранней (25-35 лет), средней (35-45 лет) и поздней (45-60 лет) зрелости.

Ранняя зрелость (25-35 лет). Главным психологическим моментом этого возраста является установление интимности в близких личных связей с другим человеком. Если человек терпит неудачу в интимном общении, то у него может сформироваться и нарастать чувство изоляции от людей с ощущением, что он может во всем полагаться только на себя самого.

Двадцатилетние обычно имеют дело с выбором супруга и карьеры, намечают жизненные цели и начинают их осуществление. Позже, около тридцати лет, многие приходят к переоценке своих прежних выборов супруга, карьеры, жизненных целей: иногда доходит дело до развода и смены профессии. Наконец, первые годы после тридцати, как правило, - это время сживания с новыми или вновь подтверждаемыми выборами.

Средняя зрелость (35-45 лет). Этот период является периодом своеобразной переоценки личностных целей и притязаний и часто сопровождается внезапным ощущением и осознанием того, что уже прожито полжизни – «кризис середины жизни» (Джекс, 1965). Кризис середины жизни – это нормативное, связанное с возрастным развитием событие; это то время, когда люди критически анализируют и оценивают свою жизнь. Одни могут быть удовлетворены ею, считая, что они достигли пика возможностей. Для других анализ прожитых лет может стать болезненным процессом [25, с.201].

Кризис середины жизни обычно определяется расхождением между мечтами, целями молодости действительными, достигнутыми результатами. Поскольку мечты молодости чаще являются не очень реальными, но и оценка достигнутого также часто оказывается негативной и окрашенной отрицательными эмоциями. Человек начинает пессимистично оценивать и свое будущее – «уже не успеть», а менять что-либо уже поздно..» [49, С.235].

Убывание физических сил и привлекательности – одна из многих проблем, с которыми сталкивается человек в годы кризиса среднего возраста и в последующем. Для тех, кто полагался ранее на свои физические качества и привлекательность, средний возраст может стать периодом тяжелой депрессии. Многие люди просто начинают жаловаться на то, что они начинают больше уставать – не могут, например, как в студенческие годы, проводить несколько дней без сна, если этого требовало важное дело. Хотя хорошо продуманная программа ежедневных упражнений и соответствующая диета оказывают свое положительное действие. Большинство людей в среднем возрасте начинают полагаться не на «мышцы», а на «мозги». Они находят новые преимущества в знании, накопленном жизненном опыте, приобретают мудрость.

Положение в обществе у взрослых людей более высоко, чем у молодых: уже накоплен жизненный опыт, есть знания и умения, которые приобретаются только с возрастом. Взрослый человек способен принимать самостоятельные решения и главное – нести ответственность за сделанный выбор, быть хозяином собственной судьбы. Он обладает сложившейся (но не закостенелой) системой жизненных ценностей, принципов и убеждений, которую воплощает на деле. На этой основе складываются его индивидуальный стиль жизни и жизненная философия. Взрослый человек стремится и умеет быть самим собой, ценит свою неповторимость.

По словам А.А. Реана, с возрастом человек становится более психологически устойчив, поскольку обладает достаточно стабильной самооценкой, хорошо знает себя и собственные возможности, пережил кризисы и трудности предыдущих возрастов. Чувствуя свое преимущество, он стремится поддерживать окружающих, заботиться о помогать более слабым и зависимым. Ему важно ощущать нужность для других, иметь возможность влиять на окружающий мир. Вместе с тем люди с богатым жизненным опытом философски относятся к жизни, принимая ее такой, какая она есть. Они проявляют большую терпимость к человеческим слабостям и недостаткам, способны прощать себе и другим неудачи и ошибки [34, С.213].

После 35 лет многие оценивают предыдущий жизненный период как достаточно спокойную фазу жизни. Независимо от внешних событий большинство людей ощущали в это время внутреннее равновесие и уверенность в себе. Ближе к 40 годам подобная уверенность постепенно исчезает. Взрослый человек вступает в самый критический период жизни – «десятилетие роковой черты» (35-45 лет). Духовность должна занять место рассудочности. Именно тогда происходит проявление Самости человека – его истинного «Я». Как пишет Гейл Шихи: «Независимо от того, что мы делали до сих пор, в нас есть нечто, что мы подавляли, и сейчас оно рвется наружу». Поэтому бывает, что в возрасте около 40 лет люди меняют семью, профессию, образ жизни и начинают все с нуля.

Женщины, которые до сих пор отдавали все силы семье, в это время ощущают большую потребность заняться собой или карьерой, расценивая это как последний шанс наверстать упущенное.

В зрелости, как и в молодости, главные стороны жизни - профессиональная деятельность и семейные отношения. Но если в молодости она включала овладение выбранной профессии и выбор спутника жизни, то в зрелости это - реализация себя, полное раскрытие своего потенциала в профессиональной деятельности и семейных отношениях.

Э. Эриксон считает основной проблемой зрелости выбор между продуктивностью и инертностью.

Понятие продуктивности по Э. Эриксону - творческая, профессиональная продуктивность, а также вклад в воспитание и утверждение в жизни следующего поколения. Продуктивность по Э. Эриксону связана с заботой «о людях, результатах и идеях, к которым человек проявляет интерес». Инертность ведет к поглощенности собой, своими личными потребностями [50, С.52].

Важнейшей особенностью зрелости является осознание ответственности за содержание своей жизни перед самим собой и перед другими людьми.

Развитие личности зрелого человека требует избавления от неоправданного максимализма, характерного для юности и частично молодости, взвешенности и многогранности подхода к жизненным проблемам, в том числе к вопросам своей профессиональной деятельности. Накопленный опыт, знания, умения представляют для человека огромную ценность, но могут создавать ему и трудности в восприятии новых профессиональных идей, тормозить рост его творческих возможностей. Прошлый опыт при отсутствии разумной гибкости и многогранности может стать источником консерватизма, ригидности, неприятия всего того, что исходит не от себя самого.

Часть людей проживает еще один «внеплановый кризис» 40 лет (бывает раньше и позже). Это как бы повторение кризиса 30 лет, кризиса смысла жизни, если кризис 30 лет не привел к должному решению проблем. Кризис 40 лет нередко вызывается и обострением семейных отношений. Дети, как правило, вырастают и начинают жить своей жизнью, умирают некоторые близкие родственники и родственники старшего поколения. Утрата непосредственного участия в жизни детей способствует окончательному осознанию характера супружеских отношений. Зачастую бывает, что кроме детей супругов ничто значимое для них обоих не связывает. В случае возникновения кризиса 40 лет, человеку вновь приходится перестраивать свой жизненный замысел, вырабатывать новую "Я - концепцию". Этот кризис может серьезно изменить жизнь человека вплоть до смены профессии и создания новой семьи.

Если в молодости центральным возрастным новообразованием являются семейные отношения, включая материнство и отцовство и профессиональную компетентность, то в зрелости на их основе возникает уже объединенное образование. Оно интегрирует результаты развития обоих новообразований предыдущего периода и называется продуктивностью.

Кризис 40 лет говорит еще об одном важном новообразовании зрелости: коррективах жизненного замысла и связанных с ними изменениях «Я - концепции».

Швейцарский психолог Э. Клапаред полагал, что достигая в зрелости своего расцвета и пика профессиональной продуктивности, человек прекращает свое развитие, останавливается в повышении своего профессионального мастерства, творческого потенциала и т.д. Затем наступает спад, постепенное убывание профессиональной продуктивности: все лучшее, что человек мог сделать в своей жизни, остается позади, на уже пройденном отрезке пути.

С точки зрения Э. Эриксона, для этого этапа развития характерна общечеловечность – способность интересоваться судьбами людей за пределами семейного круга, задумываться над жизнью грядущих поколений, формами будущего общества и устройством будущего мира. Для этого не обязательно иметь собственных детей, важно активно заботиться о молодежи и о том, чтобы в будущем людям легче жилось и работалось [50, С.143].

Те, у кого чувство сопричастности человечеству не выработалось, сосредоточиваются на самих себе, и их главной заботой становится удовлетворение своих потребностей, собственный комфорт, самопоглощенность.

Более поздний, предпенсионный возраст, характеризуется снижением быстроты реакции, ослаблением памяти, мышления. Психологи-геронтологи отмечают такую особенность пожилых людей, как интровертированность, т.е. сосредоточенность на себе – на собственном здоровье, чувствах, проблемах, отсутствие интереса к внешним событиям. Это свойство таит опасность эгоцентризма, замкнутости в своем мире. И вместе с тем оно может побудить к подлинному погружению в глубины внутреннего мира, уходу от повседневной суеты к вершинам духа.

Исследования показывают: жизненная позиция с возрастом меняется с активной на пассивную. После 60 лет люди воспринимают окружающий мир как более опасный и сложный, чем в молодости, причем считают, что любые действия бесполезны, поскольку не могут ничего изменить в нем. Отсюда и характерные черты пожилых: консерватизм, осторожность при высказывании суждений, стремление избежать риска, разборчивость.

Таким образом, в зрелости как самом длинном возрастном этапе можно выделить несколько стадий: ранней (25-35 лет), средней (35-45 лет) и поздней (45-60 лет) зрелости. Ранний и средний периоды характеризуются психологической и социальной стабильностью, развитием интеллектуальных и физических сил, однако более поздний - предпенсионный период характеризуется спадом активности, уменьшением физических сил, подверженность депрессивным настроениям, ухудшением самочувствия, что негативно сказывается на общем фоне настроения и эмоционального состояния.

**2.2 Личностные особенности людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата**

Проблема соотношения психической и соматической патологии является неотъемлемой частью целостного подхода к больному (Перожок И.Л., Жариков Н.М., 1986) и предметом психосоматического направления. Исторический аспект данной проблематики достаточно освещен в отечественной литературе (Николаева В.В., 1987, Исаев Д.Н., 1994). Отечественными авторами рассматривалась идея психосоматического единства (Гиляровский В.А., 1957), аутопластическая картина болезни (Лурия Р.А., 1935), соматонозогнозия (Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г., 1980) и невротическое расстройство внутренних органов (Кавасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф., 1988).

Термином «ревматические заболевания» объединяются патологические картины, общей характеристикой и ведущим симптомов которых являются боли в опорно-двигательном аппарате.

Это симптоматическое понятие включает этиологически, патологически и клинико-нозологически различные синдромы. Следует различать как минимум три главные группы ревматических заболеваний: воспалительные процессы суставов и позвоночника, дегенеративные заболевания суставов и позвоночника и ревматические поражения мягких тканей. В качестве четвертой группы следует привести так называемые параревматические заболевания, при которых боль в тканевых структурах опорно-двигательного аппарата является признаком иного заболевания.

По словам И.Г. Малкиной-Пых, при ревматических поражениях мягких тканей (фибромиралгия) у больных отчетливо выражены переживания страха и депрессии. Больные мало склонны к гиперкомпенсируемому поведению. Их латентные или явные желания, заботы и тенденции к зависимости ярко выражены, отчетливо определяется склонность к самопожертвованию и зависимости.

Бросается в глаза застывшая и преувеличенная жизненная позиция больного. Они часто демонстрируют повышенный самоконтроль и стремление к перфекционизму. Они не могут позволить себе здоровых агрессивных импульсов, разочарование и обиду они пытаются компенсировать «внутренней стойкостью». Характерной для них является тенденция к самопожертвованию и преувеличенной готовности помочь, которая проявляется не спонтанно, а по внутреннему принуждению.

Блокированные агрессивные импульсы больных выражаются в повышенном мышечном напряжении и, наконец, в локализированных или локализированных болях.

Bweck (1971) описывает такого пациента как человека, который после манифестации заболевания склонен к зависимости и развивает сильные потребности к отдаче под чью-то опеку и желание заботы со стороны. относительно часто развивается манифестная невротическая симптоматика, в особенности состояния страха, депрессии и психосоматические симптомы в форме функциональных кардиальных, желудочных расстройств, головных болей, астенических картин [27, С.853].

У больных с ревматоидным артритом на отдаленных этапах состояния бросается в глаза их терпимость и невзыскательность. Их терпеливая непритязательность находится в противоречии с объективными данными о заболевании.

В преморбиде пациенты характеризуются как тихие, малозаметные люди. Их отличает старательность и добросовестность. Часто заметно их альтруистичное поведение, что, в сочетании с энергией и жаждой деятельности, делает их непревзойденными матерями и неутомимыми сиделками. Пациенты уделяют крайне мало внимания своей телесности, отличаясь бедным самовосприятием и редуцированным самопознанием. Их терпеливость, вероятно, соответствует внутреннему запрету на открытое выражение остаточных агрессивных побуждений.

Специфика «ревматической личности» состоит в наращивании самоограничения в жизненных отношениях, в собственном Я, в собственном теле и в коммуникативной сфере, в том числе в социальном поведении. Сказанное можно отнести к двигательным агрессивным импульсам, которые, начиная с раннего детства, описывают как проблемную сферу. В целом можно говорить о неудачном уравновешении полюсов мягкости и жесткости.

У всех больных ревматоидным артритом с достаточным постоянством встречаются три черты характера:

1. Стойкие проявления сверхсовестливости, обязательности и внешней уступчивости, сочетающиеся со склонностью к подавлению всех агрессивных и враждебных импульсов, таких, как злоба или ярость.

2. Мазохистско-депрессивные проявления с сильной потребностью к самопожертвованию и чрезмерным стремлением к оказанию помощи, сочетающиеся со сверхнравственным поведением и склонности к депрессивным расстройствам настроения.

3. Выраженная потребность в физической активности до развития заболевания (профессиональный спорт, интенсивная работа по дому, в саду и т.д.). [27, С. 857].

Вышеупомянутые черты характера являются, кроме того, гиперкомпенсаторными защитными мерами против основополагающего конфликта. Сверхсовестливость, отказ от выражения своих чувств и жертвенность создают защитный барьер для возможного прорыва агрессивных импульсов и позволяют избавиться от враждебных чувств. Навязчивые и депрессивно-мазохистские проявления расцениваются как защитные структуры против деструктивно переживаемого производа. Часто описываются своеобразная терпимость, смирение с судьбой, оживленность, несмотря на ограниченную подвижность и боль, что по психоаналитическим воззрениям имеет двойственное толкование.

Больные с первичным хроническим полиартритом – это умудренные опытом пациенты, с которыми бывает мало хлопот. Они скромны и нетребовательны, часто до безразличия. Они почти никогда не бывают явно депрессивны, хотя судьбы ограничивает возможности их деятельности: они почти никогда не брюзжат, не бывают несносными и язвительными, не впадают в отчаяние или злость. Их терпеливость и умеренность находятся в резком противоречии с той катастрофой, которая происходит в их судьбе.

По словам Б. Любан-Плоцца, уравновешенность, скромность и нетребовательность являются результатом того, что эти больные не в полной мере оценивают все симптомы болезни и тяжесть ее последствий. Больные воспринимают свои деформированные руки не столько как больную часть тела, сколько как досадную помеху. С удивлением можно видеть, какие действия они этими руками выполняют. Вопреки ожиданиям, больные руки не исключаются из схемы тела; пациенты их не щадят, не изолируют, а воспринимают как хотя и редуцированные и «заторможенные», но вполне пригодные для употребления органы и используют их соответствующим образом. Их мир самовосприятия проявляет определенную ограниченность, обусловленную редукцией их сознания на своей телесной сфере. Больной тогда непритязателен, скромен и терпелив, когда «редуцированно» воспринимает себя самого, свою болезнь и болезненное состояние своих частей тела. Скромность является своеобразным способом бегства от правды [24, С.48].

Большая часть больных с первичным хроническим полиартритом до болезни были особенно активными и деятельными. Примечательна их неутомимость в заботе о близких. Это люди, которые помогают в нужде и годами могут выполнять роль помощника без всякой позы, безвозмездно и без претензий на благодарность. Это бескорыстие служения и неутомимости, впоследствии (после заболевания) бескорыстие и нетребовательности и скромности. Оба качества - псевдоальтруистический аскетизм и терпеливо безропотное самоотречение – исход преморбида и для болезни – это господствующий на протяжении всей жизни больного полиартритом процесс самораскрытия, редукция восприятия самого себя.

Существует множество классификаций типов личностной реакции больного на свое заболевание. Однако все классификации условно можно разделить на три группы: медико-психологические, психолого-психиатрические и социально-психологические.

*Медико-психологические классификации* ориентируются на повседневную практическую медицинскую деятельность и описывают типы отношения к болезни, больше имея в виду характер взаимодействия, складывающееся между врачом и пациентов (Рейнвальд Н.И., 1969; Степанов А.Д., 1975; Лежепекова Л.Н., Якубов П.Я., 1977, и др.)

Согласно Б.А. Якубову (1982) можно выделить следующие типы реакции на заболевание:

*Содружественная реакция*. Эта реакция характерна для лиц с развитым интеллектом. Они как бы с первых дней заболевания становятся «ассистентами» врача, демонстрируя не просто послушание, но и редкую пунктуальность, внимание, доброжелательность. Они безгранично доверяют своему лечащему врачу и признательны ему за помощь.

*Спокойная реакция*. Такая реакция характерна для лиц с устойчивыми эмоционально-волевыми процессами. Они пунктуальны, адекватно реагируют на все указания врача, точно выполняют лечебно-оздоровительные мероприятия. Они не просто спокойны, а даже представляются «солидными» и «степенными», легко вступают в контакт с медицинским персоналом. Могут иногда не осознавать свою болезнь, что мешает врачу выявить влияние психики на болезнь.

*Неосознаваемая реакция*. Такая реакция, имея патологическую основу, выполняет в ряде случаев роль психологической защиты, и эту форму защиты не всегда следует устранять, особенно при тяжелых заболеваниях с неблагоприятным исходом.

*Следовая реакция*. Больные находятся во власти предубеждений, тенденциозности. Они подозрительны. Недоверчивы. С трудом вступают в контакт с лечащим врачом, не придают серьезного значения его указаниям и советам. У них часто возникает конфликт с медицинским персоналом. Несмотря на психическое здоровье, они демонстрируют подчас так называемую «двойную переориентировку».

*Паническая реакция*. Больные находятся во власти страха, легко внушаемы, часто непоследовательны, лечатся одновременно в разных лечебных учреждениях, как бы проверяя одного врача другим врачом. Часто лечатся у знахарей. Их действия неадекватны, ошибочны, характерна аффективная неустойчивость.

*Разрушительная реакция*. Больные ведут себя адекватно, неосторожно, игнорируя все указания лечащего врача. Такие лица не желают менять привычный образ жизни, профессиональную нагрузку. Это сопровождается отказом от приема лекарств, от стационарного лечения. Последствия такой реакции бывают часто неблагоприятными [36, С.146].

В типологии реагирования Н.Д. Лакосиной и Г.К.Ушакова (1976) в качестве критерия, взятого за основу классификации типов, выделяется система потребностей, которые фрустрируются заболеванием: витальная, общественно- профессиональная, этическая или связанная с интимной жизнью. Другие авторы (Бурн Д.Г.,1982) полагают, что реакция на болезнь в значительной степени обуславливается прогнозом заболевания.

*Психолого-психиатрические классификации* описывают личностные реакции на заболевание человека. Многие считают, что именно преморбидные психологические особенности личности во многом могут объяснять предпочтительность появления у больных тех или иных форм реагирования на свое заболевание, поскольку в содержание внутренней картины болезни отражается не только жизненная ситуация (ситуация болезни), но и присущие человеку особенности его личности, включая характер и темперамент. Традиционно выделяют три главные типа реакции больного на болезнь: стеническая, астеническая и рациональная. При активной жизненной позиции больного по отношению к лечению и обследованию говорят о стенической реакции на заболевание. Есть, однако, и негативная сторона этого поведения, так как больной может быть слабо способным к выполнению необходимых ограничений стереотипа жизни, накладываемых болезнью. При астенической реакции на заболевание у больных имеется наклонность к пессимизму и мнительности, но они относительно легче, чем больные со стенической реакцией, психологически приспосабливаются к заболеванию. При рациональном типе реакции имеет место реальная оценка ситуации и рациональный уход от фрустрации [36, С.719]. Патологические формы реагирования на болезнь (переживание болезни) часто описываются исследователями в психиатрических терминах и понятиях: депрессивный, фобический, истерический, ипохондрический, эйфорически-анизогнозический и другие варианты (Шевалев Е.А., 1936; Рохлин Л.Л., 1971; Ковалев В.В., 1972; Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г., 1980 и др.). В этом аспекте довольно широкую популярность приобрела классификация типов отношения к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым (1980).

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

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

3. Анизогнозический - активное отбрасывание мысли о болезни, «обойдется».

4. Тревожный – беспрерывное беспокойство и мнительность, вера в приметы и ритуалы

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

7. Меланхолический -неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное состояние (опасность суицида).

8. Апатический - полное безразличие к своей болезни, пассивное подчинение процедурам и лечению.

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

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

11. Паранойяльный – уверенность, что болезнь является результатом чьего-то-то злого умысла, а осложнения в течение являются результатом халатность медицинского персонала.

12. Дисфорический – доминируют мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым. Вспышки гнева с требованием от близких угождения во всем [36, С.719].

*Социально-психологические классификации* личностной реакции на болезнь акцентируют внимание на социальных последствиях болезни, отношениях больного со своим микросоциальным окружением и обществом в целом. Здесь важно учитывать амбивалетность отношения больного к своей болезни. Традиционное понимание болезни связывают с негативной ее стороной. Однако наблюдения психологов показывают, что есть и позитивная сторона заболевания. «Преимущества» болезни ясны в местах заключения. Но и в повседневной жизни болезнь может «снять» с больного необходимость принимать какие-либо решения по службе или в быту, помогает освободиться от тех или иных трудностей, давать определенные преимущества (психологические, социальные) перед другими людьми, может служить компенсации чувства неполноценности.

По мнению З.Д. Липовски (1983), психосоциальные реакции на болезнь складываются из реакций на информацию о заболевании, эмоциональных реакций (типа тревоги, горя, депрессии, стыда, чувства вины) и реакций преодоления болезни. Реакции на информацию о заболевании зависят от «значения болезни» для больного:

1) болезнь - угроза или вызов, а тип реакций - противодействие, тревога, уход или борьба (иногда паранойяльная).

2) болезнь - утрата, а соответствующие типы реакций - депрессия или ипохондрия, растерянность, горе, попытка привлечь к себе внимание, нарушение режима.

3) болезнь - выигрыш или избавление, а типы реакций при этом - безразличие, жизнерадостность, нарушение, враждебность по отношению к врачу.

4) болезнь – наказание и при этом возникают реакции типа угнетенности, стыда, гнева. Реакции преодоления болезни дифференцируются по преобладанию в них компонентов: когнитивного (приуменьшение личностной значимости болезни либо пристальное внимание ко всем ее проявлениям) или поведенческого (активное сопротивление либо капитуляция и попытки «ухода» от болезни) [23, С.121]. Итак, в настоящее время можно выделить несколько типов отношения человека к болезни: медико-психологические, психолого-психиатрические и социально-психологические. Каждая из них фиксирует особенности отношения человека к своему заболеванию с разных позиций и психологические изменения, которая болезнь накладывает на человека. С этой точки зрения можно выделить прежде всего адекватное восприятие болезни и патологические к ней отношения.

На основании анализа психологических исследований можно сделать вывод о том, что люди, имеющие заболевания опорно-двигательного аппарата имеют следующие психологические особенности: наличие страхов, склонность к депрессии, подавление агрессивных импульсов, непритязательность, что свидетельствует о том, что болезнь накладывает свой отпечаток на личность человека и влечет за собой изменение самооценки, эмоциональных состояний и социальных взаимоотношений.

**3. Исследования особенностей эмоциональной сферы женщин зрелого возраста с нарушением опорно-двигательного аппарата**

**3.1 Программа исследования**

Исследование проводилось в Хакасской региональной общественной организации Всероссийского общества инвалидов по адресу: Вяткина 16 г. Абакана и в Управлении социальной поддержки населения муниципального образования г. Абакана.

В исследовании принимали участие 30 женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата и 30 женщин без нарушений опорно-двигательного аппарата.

Диагноз: врожденные и приобретенные патологии опорно-двигательного аппарата. Всего 60 человек в возрасте 35-40 лет.

В исследовании были использованы следующие методы:

**1. Методика измерения уровня тревожности Тейлора в адаптации Т.А. Немчиновой.**

Цель: Измерение уровня тревожности.

Оценка результатов исследования по опроснику производиться путем подсчета количества ответов обследуемого свидетельствующих о тревожности.

Методика направлена на индивидуальное и групповое обследование, способна решать как теоретические, так и практические задачи и может быть включена в батарею других тестов.

**2. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова.**

Цель: исследование личности на такие депрессивные состояния как апатия, гипотимия, дисфория, растерянность, тревога, страх, что позволяет выявить в них состояние человека.

Методика направлена на выявление депрессивных состояний.

**3.Методика АЙЗЕНКА- EPQ**

Цель: изучение индивидуально- психологических черт личности с целью диагностики степени выраженности свойств, выдвигаемых в качестве существенных компонентов личности: нейротизма, экстра-интроверсии и психотизма.

Направлен на выявление степени выраженности свойств, выдвигаемых в качестве существенных компонентов личности.

**4. Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге.**

Цель: определить стрессоустойчивость им социальную адаптацию личности.

Доктора Холмс и Раге (США) изучали зависимость заболеваний (в том числе инфекционных болезней и травм) от различных стрессогенных жизненных событий у более чем пяти тысяч пациент. Они пришли к выводу, что психическим и физическим болезням обычно предшествуют определенные серьезные изменения в жизни человека. На основании своего исследования они составили шкалу, в которой каждому важному жизненному событию соответствует определенное число баллов в зависимости от степени его стрессогенности.

Направлена на выявление стрессоустойчивости и адаптации.

**5. Методика диагностики типа эмоциональной реакции на воздействие стимулов окружающей среды В.В. Бойко**

Цель: выявить формы преобразования энергий у людей. Которые изменяются под стимулами окружающей среды.

Направлен на выявление закономерностей образования эмоциональных реакций на воздействия стимулов окружающей среды.

**6. Диагностика состояния стресса**

Цель: выявить особенности переживания стресса

Направлен на выявление степени самоконтроля и эмоциональной лабильности в стрессовых условиях.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программы SPSS.

**3.2 Исследование особенностей женщин с нормой**

При изучении состояния стресса были выявлены следующие особенности (см. таб.1)

Таблица 1 - Показатель диагностики состояния стресса (в %)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели  Группа | Высокая | | Умеренный | | Слабый | |
| кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % |
| Группа с нормой активности | 83,3 | % | 10 | % | 6,6 | % |

Из таблицы 1 мы можем увидеть следующее, преобладает высокий уровень регуляции в стрессовых ситуациях: у женщин с нормой (83,3%), это значит, что в стрессовых ситуациях женщины довольно сдержаны и умеют регулировать свои собственные эмоции, как правило, такие люди не склонны раздражаться и винить других и себя в происходящих событиях. Умеренный уровень в стрессовых ситуациях составляет (10%), это значит, что данная группа женщин не всегда правильно и адекватно ведут себя в стрессовых ситуациях, иногда они умеют сохранять самообладание; слабый уровень (6,6%) что значит, что у женщин с нормой характеризуются высокой степенью переутомления и истощения. Они часто теряют самоконтроль в стрессовых ситуациях и не умеют владеть собой. Таким людям важно развивать навыки саморегуляции в стрессе. При изучении степени депрессии были выявлены следующие особенности (см. таб.2)

Таблица 2 - Показатель степени депрессии по методике В.А. Жмурова (в %)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели  Группа | Апатия | | Гипотимия | | Дисфория | | Растерянность | | | Тревога | | Страх | |
| кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % | кол-во | | % | кол-во | % |
| Группа с нормой активности | 10 | % | 56,6 | % | 30 | % | 3,3 | % | - | | % | - | - |

По показателю «апатия» выявлен в группе женщин с нормой двигательной активности (10%), это значит, что женщины с нормой находятся в состоянии безучастности, равнодушия, полной индифферентности к происходящему, окружающим, своему положению, прошлой жизни, перспективам на будущее; Гипотимия у женщин с нормой (56,6%), это может говорить о сниженном настроении, аффективной подавленности в виде опечаленности, тоскливости с переживанием потери, безысходности, разочарования, обреченности, ослабления привязанности к жизни. Положительные эмоции при этом поверхностны, истощаемы, могут полностью отсутствовать. Степень депрессии «дисфория» (30%),это свидетельствует о присутствие состояния депрессии как: мрачность, озлобленность, враждебность, угрюмое настроение с ворчливостью, недовольством, неприязненным отношением к окружающим, вспышками раздражения, гнева, ярости с агрессией и разрушительными действиями; А так же степень депрессии «растерянность» мы можем увидеть, что у женщин с нормой составляет (3,3%), это значит что у женщин чувство неумения, беспомощности, непонимания самых простых ситуаций и изменение своего психического состояния. Типичны сверхизменчивость, неустойчивость внимания, вопрошающее выражение лица, позы и жесты озадаченного и крайне неуверенного человека. Степень тревоги отсутствует, страх так же отсутствует у группы испытуемых.

При изучении уровня тревожности были выявлены следующие особенности (см. таб.3).

Таблица 3 - Показатели измерения уровня тревожности по Тейлору в адаптации Т.А. Немчиновой (в %)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели  Группа | Очень высокий | | Высокий | | Средний (к высокому) | | Средний (к низкому) | | Низкий | |
| кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % |
| Группа с нормой активности | - | % | 33,3 | % | 30 | % | 33,3 | % | 3,3 | % |

Из таблицы 3 видно что «очень высокий уровень тревожности» не выражен; Высокий уровень тревожности у женщин с нормой(33,3%), а; средний уровень тревожности (к высокому) (30%); Средний уровень тревожности (к низкому) (33,3%),;Низкий уровень тревоги (3,3%),

А также из таблицы видно, что «амбивалентный стимул» эйфорической активности вовне высокий показатель составляет (13,3%); средний уровень (19%), в то время как низкий уровень самый большой (76,6%); рефракторная активность вовнутрь свидетельствует о том, что (23,3%) высокий уровень; средний уровень преобладает (56,6%), а низкий (20%).Диефорическая активность вовне эмоциональной реакции высокий и средний уровень отсутствует, в то время как низкий составляет(100%).

При этом позитивные стимулы у женщин с нормой эйфорической активности вовне высокий уровень составляет (20%); в то время как средний преобладает(46,6%); а низкий уровень (33,3%).Что касается, рефракторной активности вовнутрь высокий уровень составляет(16,6%); средний (23,3%); низкий самый большой (63,3%).

А также из таблицы видно, что диефорическая активность вовне высокий уровень отсутствует; средний составляет (3,3%); а низкий уровень у женщин с нормой преобладает(96,6%).

**3.3 Исследование особенностей женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата**

Данные проведенного эмпирического изучения особенности эмоциональной сферы женщин зрелого возраста с нарушением опорно-двигательного аппарата, позволяют констатировать следующие результаты.

При изучении состояния стресса были выявлены следующие особенности (см. таб.4)

Таблица 4 - Показатель диагностики состояния стресса (в %)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели  группа | Высокий | | Умеренный | | Слабый | |
| кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % |
| Группа женщин с нарушением ОДА | 90 | % | 10 | % | - | % |

Из таблицы 4 мы можем увидеть следующее, что высокий уровень регуляции в стрессовых ситуациях у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата (90%), это значит, что в стрессовых ситуациях женщины довольно сдержаны и умеют регулировать свои собственные эмоции, как правило, такие люди не склонны раздражаться и винить других и себя в происходящих событиях. Умеренный уровень в стрессовых ситуациях составляет (10%), это значит, что обе группы женщин не всегда правильно и адекватно ведут себя в стрессовых ситуациях, иногда они умеют сохранять самообладание; слабый уровень он отсутствует

При изучении степени депрессии были выявлены следующие особенности (см. таб.5)

Таблица 5 - Показатель степени депрессии по методике В.А Жмурова (в %)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели  Группа | Апатия | | | Гипотимия | | Дисфория | | Растерянность | | | Тревога | | Страх | |
| кол-во | % | кол-во | | % | кол-во | % | кол-во | % | кол-во | | % | кол-во | % |
| Группа женщин с нарушением ОДА | - | - | 23,3 | | % | 16,6 | % | 23,3 | % | 36,6 | | % | - | - |

**Примечание**: ОДА - опорно-двигательный аппарат.

Процент по показателю «Апатия у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата не выявлен. Гипотимия (23,3%), это значит что у женщин может наблюдаться сниженное настроение, аффективная подавленность в виде опечаленности, тоскливости с переживанием потери, безысходности, разочарования, обреченности, ослабления привязанности к жизни. Положительные эмоции при этом поверхностны, истощаемы, могут полностью отсутствовать. Степень депрессии «Дисфория» у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата (16,6%), это говорит, о том что присутствует состояние депрессии как: мрачность, озлобленность, враждебность, угрюмое настроение с ворчливостью, недовольством, неприязненным отношением к окружающим, вспышками раздражения, гнева, ярости с агрессией и разрушительными действиями; Степень депрессии «Растерянность» (23,3%), это значит что у женщин чувство неумения, беспомощности, непонимания самых простых ситуаций и изменение своего психического состояния. Типичны сверхизменчивость, неустойчивость внимания, вопрошающее выражение лица, позы и жесты озадаченного и крайне неуверенного человека. Тревога (36,6%), поэтому у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата неясное, непонятное самому человеку чувство растущей опасности, предчувствия катастрофы, напряженное ожидание трагического исхода; Страх отсутствует.

При изучении уровня тревожности были выявлены следующие особенности (см. таб.6)

Таблица 6 - Показатели измерения уровня тревожности по Тейлору в адаптации Т.А. Немчиновой (в %)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели  Группа | Очень высокий | | Высокий | | Средний (к высокому) | | Средний (к низкому) | | Низкий | |
| кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % |
| Группа женщин с нарушением ОДА | - | - | 26,6 | % | 50 | % | 20 | % | - | - |

Из таблицы 6видно что «очень высокий уровень тревожности» не выражен; Высокий уровень тревожности (26,6%);Средний уровень тревожности (к высокому) у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата (50%); Средний уровень тревожности (к низкому) (20%);Низкий уровень тревоги отсутствует.

При изучении сопротивляемости стрессу были выявлены следующие особенности (см. таб.7).

Таблица 7 - Показатели сопротивляемости стрессу по методике Холмса и Раге (в %)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели  Группа | Высокая | | Пороговая | | Низкая | |
| кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % |
| Группа женщин с нарушением ОДА | 66,6 | % | 13,3 | % | 20 | % |

Из таблицы 7 мы можем увидеть, что высокий уровень сопротивляемости стрессу у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата (66,6%); Пороговая степень сопротивляемости стрессу (13,3%); Низкая степень сопротивляемости стресса (20,0%).

При изучении индивидуально – психологических черт личности были выявлены следующие особенности (см. таб.8)

Таблица 8 - Показатели выраженности индивидуально- психологических черт личности по методики Айзенка – EPQ (в %)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели  Группа | Психотизм | | Экстраверсия- интроверсия | | Нейротизм | |
| кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % |
| Группа женщин с нарушением ОДА | 6,6 | % | 36,6 | % | 60 | % |

Из таблицы 8 видно что, процент психотизма (6,6%), это значит, что у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата есть склонность к асоциальному поведению, неадекватности эмоциональных реакций, высокой конфликтности, неконтактности, эгоцентричности, эгоистичности, равнодушию; Шкала экстроверсии-интроверсии (36,6%), это значит данная группа женщин экстраверты - у них отмечают общительность, широкий круг знакомств, необходимость в контактах, а интроверт- это спокойный, застенчивый, склонный к самоанализу, сдержанный и отдален от всех-кроме близких друзей; нейротизм (60%), это характеризует эмоциональную устойчивость или неустойчивость, выражается в чрезвычайной нервности, плохой адаптации, склонности к быстрой смене настроений, чувстве виновности и беспокойства, озабоченности, депрессивных реакциях.

При изучении эмоциональной реакции у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата (см. таб.9)

Таблица 9 - Типы эмоциональной реакции у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата по методике В.В. Бойко (в %)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Негативные | | | | | | Амбивалентные | | | | | | Позитивные | | | | | | |
| Группа | Эйфорическая | | Рефракторная | | Диефорическая | | Эйфорическая | | Рефракторная | | Диефорическая | | Эйфорическая | | | Рефракторная | | Диефорическая | |
| кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % | кол-во | | % | кол-во | % |
| высокие | 16,6 | % | 6,6 | % | - | % | 13,3 | % | - | % | - | % | 20 | % | 10 | | % | - | % |
| средние | 26,6 | % | 46,6 | % | - | % | 53,3 | % | 36,6 | % | 10 | % | 30 | % | 40 | | % | - | % |
| низкие | 56,6 | % | 46,6 | % | 100 | % | 33,3 | % | 63,3 | % | 90 | % | 50 | % | 50 | | % | 100 | % |

Из таблицы 9 видно, что женщины с нарушением опорно-двигательного аппарата имеющий негативный стимулы эмоциональных реакций (16,6%) составляют высокую эйфорическую активность вовне; (26,6%) средняя активность и больше всех преобладает низкая(56,6%). Что касается рефракторной активность вовнутрь: высокий уровень(6,6%); средний и низкий уровень составляет одинаковое количество процентов(46,6%); Также диефорическая активность вовне: высокий и средний уровень отсутствует, а низкий составляет(100%) эмоциональной реакции.

А также из таблицы видно, что «амбивалентный стимул» эйфорической активности вовне высокий показатель составляет( 13,3%); средний уровень самый большой( 53,3%); а низкий уровень(33,3%). Рефракторная активность вовнутрь эмоциональной реакции высокий уровень отсутствует; средний уровень составляет(36,6%); в то время как низкий составляет (63,3%). Диефорическая активность вовне эмоциональной реакции высокий уровень отсутствует; средний составляет (19%); а низкий уровень преобладает (90%).

При этом позитивные стимулы у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата эйфорической активности вовне высокий уровень составляет(20%); средний составляет(30%); в то время как низкий составляет(50%).Что касается, рефракторной активности вовнутрь высокий уровень составляет(10%); средний(40%); низкий самый большой (50%). А также из таблице видно, что диефорическая активность вовне высокий и средний уровень отсутствует; а низкий составляет(100%) эмоциональной реакции.

Амбивалентно – эйфорическая и амбивалентно диефорическая активности имеют статистически значимые различия (U=0,006;р<0,05;U=0,078;р<0,05).

**Сравнительное исследование особенностей эмоциональной сферы женщин зрелого возраста с нормой двигательной активности и нарушениями опорно-двигательного аппарата**

Данные проведенного эмпирического изучения особенности эмоциональной сферы женщин зрелого возраста с нарушением опорно-двигательного аппарата, позволяют констатировать следующие результаты.

При изучении состояния стресса были выявлены следующие особенности (см. таб.10)

Таблица 10 - Показатель диагностики состояния стресса (в %)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели  Группы | Высокая | | Умеренный | | Слабый | |
| кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % |
| Группа с нормой активности | 83,3 | % | 10 | % | 6,6 | % |
| Группа с нарушением ОДА | 90 | % | 10 | % | - | - |

Из таблицы 10 мы можем увидеть следующее, что в обеих из представленных групп преобладает высокий уровень регуляции в стрессовых ситуациях: у женщин с нормой (83,3%), а у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата (90%), это значит, что в стрессовых ситуациях женщины довольно сдержаны и умеют регулировать свои собственные эмоции, как правило, такие люди не склонны раздражаться и винить других и себя в происходящих событиях. Умеренный уровень в стрессовых ситуациях у обеих групп составляет (10%), это значит, что обе группы женщин не всегда правильно и адекватно ведут себя в стрессовых ситуациях, иногда они умеют сохранять самообладание; слабый уровень преобладает у женщин с нормой (6,6%) в то время как у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата он отсутствует, это значит, что у женщин с нормой характеризуются высокой степенью переутомления и истощения. Они часто теряют самоконтроль в стрессовых ситуациях и не умеют владеть собой. Таким людям важно развивать навыки саморегуляции в стрессе.

При изучении степени депрессии были выявлены следующие особенности (см. таб.11)

Таблица 11 - Показатель степени депрессии по методике В.А Жмурова (в %)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели  Группа | Апатия | | Гипотимия | | Дисфория | | Растерянность | | | Тревога | | Страх | |
| кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % | кол-во | | % | кол-во | % |
| Группа с нормой активности | 10 | % | 56,6 | % | 30 | % | 3,3 | % | - | | % | - | - |
| Группа с нарушением ОДА | - | - | 23,3 | % | 16,6 | % | 23,3 | % | 36,6 | | % | - | - |

**Примечание**: ОДА - опорно-двигательный аппарат.

Наибольший процент по показателю «Апатия» выявлен в группе женщин с нормой двигательной активности (10%), в то время как у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата не было выявлено, это значит, что женщины с нормой находятся в состоянии безучастности, равнодушия, полной индифферентности к происходящему, окружающим, своему положению, прошлой жизни, перспективам на будущее; Гипотимия больше преобладает у женщин с нормой (56,6%), а женщины с нарушением опорно-двигательного аппарата (23,3%), это значит что у женщин 2-х групп сниженное настроение, аффективная подавленность в виде опечаленности, тоскливости с переживанием потери, безысходности, разочарования, обреченности, ослабления привязанности к жизни. Положительные эмоции при этом поверхностны, истощаемы, могут полностью отсутствовать. Степень депрессии «Дисфория» значительно преобладает у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата (16,6%), в то время как у женщин с нормой (30%),это значит, у женщин с нормой присутствует состояние депрессии как: мрачность, озлобленность, враждебность, угрюмое настроение с ворчливостью, недовольством, неприязненным отношением к окружающим, вспышками раздражения, гнева, ярости с агрессией и разрушительными действиями; Так же из 2-х групп испытуемых степень депрессии «Растерянность» мы можем увидеть, что у женщин с нормой (3,3%), в свою очередь как у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата (23,3%), это значит что у женщин чувство неумения, беспомощности, непонимания самых простых ситуаций и изменение своего психического состояния. Типичны сверхизменчивость, неустойчивость внимания, вопрошающее выражение лица, позы и жесты озадаченного и крайне неуверенного человека. Тревога преобладает у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата (36,6%), в то время как у женщин с нормой она вообще отсутствует, поэтому у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата неясное, непонятное самому человеку чувство растущей опасности, предчувствия катастрофы, напряженное ожидание трагического исхода; Страх вообще отсутствует у 2-х групп испытуемых. Различия между группами степени депрессии: Апатия, гипотимия и тревоги статистически значимы (U=0,07;р<0,05;U=0,006;р<0,05;U=0,019;р<0,05) .

При изучении уровня тревожности были выявлены следующие особенности (см. таб.12).

Таблица 12 - Показатели измерения уровня тревожности по Тейлору в адаптации Т.А. Немчиновой (в %)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели  Группа | Очень высокий | | Высокий | | Средний (к высокому) | | Средний (к низкому) | | Низкий | |
| кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % |
| Группа с нормой активности | - | % | 33,3 | % | 30 | % | 33,3 | % | 3,3 | % |
| Группа с нарушением ОДА | - | % | 26,6 | % | 50 | % | 20 | % | - | % |

Из таблицы 12 видно что «очень высокий уровень тревожности» в 2-х группах испытуемых не выражен; Высокий уровень тревожности более преобладает у женщин с нормой(33,3%), а у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата (26,6%);Средний уровень тревожности (к высокому) у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата (50%), в то время как у женщин с нормой (30%); Средний уровень тревожности (к низкому) преобладает у женщин с нормой(33,3%), а у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата (20%);Низкий уровень тревоги преобладает у женщин с нормой(3,3%), в то время как у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата он отсутствует.

Различия уровня тревожности средний к низкому статистически значим (U=0,07;р<0,05).

При этом позитивные стимулы у женщин с нормой эйфорической активности вовне высокий уровень составляет (20%); в то время как средний преобладает(46,6%); а низкий уровень (33,3%).Что касается, рефракторной активности вовнутрь высокий уровень составляет(16,6%); средний (23,3%); низкий самый большой (63,3%). А также из таблицы видно, что диефорическая активность вовне высокий уровень отсутствует; средний составляет (3,3%); а низкий уровень у женщин с нормой преобладает(96,6%).

Таким образом, проведя анализ полученных результатов мы можем сделать следующие выводы:

1. В стрессовых ситуациях женщины довольно сдержаны и умеют регулировать свои собственные эмоции, как правило, такие люди не склонны раздражаться и винить других и себя в происходящих событиях.

Но женщины с нормой (6,6%) характеризуются высокой степенью переутомления и истощения. Они часто теряют самоконтроль в стрессовых ситуациях и не умеют владеть собой. Таким людям важно развивать навыки саморегуляции в стрессе.

2. Только в группе женщин с нормой был выявлен показатель «апатия», это значит, что женщины с нормой находятся в состоянии безучастности, равнодушия, полной индифферентности к происходящему, окружающим, своему положению, прошлой жизни, перспективам на будущее; Гипотимия так же больше преобладает у женщин с нормой (56,6%), это свидетельствует о снижении настроения, аффективной подавленности в виде опечаленности, тоскливости с переживании потери, безысходности, разочарования, обреченности, ослабления привязанности к жизни. Положительные эмоции при этом поверхностны, истощаемы, могут полностью отсутствовать.

3.Тревога преобладает у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата (36,6%), в следствии чего может появится неясное, непонятное самому человеку чувство растущей опасности, предчувствия катастрофы, напряженное ожидание трагического исхода;

4. Высокий уровень тревожности более преобладает у женщин с нормой, а в среднем уровне тревожности (к высокому) у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата (50%). Низкий уровень тревоги преобладает у женщин с нормой(3,3%), в то время как у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата он отсутствует.

5. У обоих групп испытуемых преобладает высокий уровень сопротивляемости стрессу. Что касается пороговой степени сопротивляемости стрессу, то он преобладает у женщин с нормой, а низкая степень сопротивляемости стресса преобладает у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата (20,0%).

6. Процент психотизма преобладает у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата (6,6%), это говорит, о том что есть склонность к асоциальному поведению, неадекватности эмоциональных реакций, высокой конфликтности, неконтактности, эгоцентричности, эгоистичности, равнодушию; что касается экстроверсии-интроверсии то она так же преобладает у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата (36,6%),это говорит что этот процент женщин экстраверты - у них отмечают общительность, широкий круг знакомств, необходимость в контактах, а интроверт- это спокойный, застенчивый, склонный к самоанализу, сдержанный и отдален от всех кроме близких друзей; нейротизм более преобладает у женщин с нормой (70%), а у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата (60%),это характеризует эмоциональную устойчивость или неустойчивость, выражается в чрезвычайной нервности, плохой адаптации, склонности к быстрой смене настроений, чувстве виновности и беспокойства, озабоченности, депрессивных реакциях.

7. Женщины с нормой имеющие негативные стимулы эмоциональных реакций (20%) составляет высокую эйфорическую активность вовне; «Амбивалентный стимул» рефракторной активности вовнутрь свидетельствует о высоком показателе (23,3%). При этом позитивные стимулы у женщин с нормой эйфорической активности вовне высокий уровень составляет (20%);

Женщины с нарушением опорно-двигательного аппарата имеющий негативный стимулы эмоциональных реакций (16,6%) составляют высокую эйфорическую активность вовне; А также «амбивалентный стимул» эйфорической активности вовне высокий показатель составляет (13,3%); При этом позитивные стимулы у женщин с нарушением опорно-двигательного аппарата эйфорической активности вовне высокий уровень составляет(20%);

Все это говорит о том что группы людей как с нарушением так и без имеют схожие эмоциональные реакции на воздействие окружающей среды.

**Список литературы**

1. Абрамова Г.С., Юдина, Ю.А. Психология в медицине.[Текст]./ Г.С. Абрамова Г.С. Юдина.- М.: Кафедра – М, 1998.-124 с.
2. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии – М.: Академия, 1999 – 232с.
3. Александер Ф. Психосоматическая медицина.- М.: Геррус, 2003.-350с.
4. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. – М.: Эксмо, 2002 – 103с.
5. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды – М.: Просвещение, 2001. – 235с.
6. Ананьев Б.Г. Психология здоровья – новая отрасль человекознания – СПБ, Питер, 1996 – 112с.
7. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии.- М.: «Медицина», 1988- 270с.
8. Банщиков В.М., Гуськов В.С., Мягков И.С. Медицинская психология. – М.: Медицина, 1967 – 244с.
9. Большая медицинская энциклопедия / Под ред Б.В. Петровского – т.7 – М.: Советская энциклопедия, 1977 – 84с.
10. Братусь Б.С. Аномалии личности – М.: Просвещение, 1988 – 351с.
11. Братусь Б.С. Психология личности – Самара, 2000 – 156с.
12. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. Краткий учебник.- М.: ГЭОТАР Медицина, 1999.- 376 с.
13. Василюк Ф.Е Жизненный мир и кризис: типологический анализ критических ситуаций // Психологический журнал,1995,№3 - 90-101с.
14. Введение в психологию./ Под ред. Петровского А.В.- М.: «Академия», 1995 – 496с.
15. Вундт В. Психология душевных волнений / Под.ред. К.В.Вилюнаса, Ю.Б.Гиппенрейтер.- М.: Изд-во Московского ун-та, 1993.- С.48-65
16. Выготский Л.С. Дефект и компенсация // Л.С. Выготский. Собрание сочинений в 6-ти томах – Т.5- М.: Просвещение, 1984 – 209с.
17. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь.- СПб: Речь, 2002.- 162с.
18. Изард К.Е. Эмоции человека. – М.: Издательство МГУ, 1980 – 432с.
19. Ильин Е.П. Эмоции и чувства - СПб: Питер, 2002 – 115с.
20. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. – Ленинград, 1980 – 57с.
21. Косенко В.Г., Смоленко Л.Ф., Чебуракова Т.А. Медицинская психология для медсестер и фельдшеров. – Ростов- на-Дону, 2003 – 227с.
22. Кулагина И.Ю., Колюцкий В.Н. Возрастная психология: полный жизненный цикл развития человека. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. - М.: ТЦ "Сфера", 2001 – 350с.
23. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология.- 2-е изд.,-М.: Медицина, 1984.- 272с.
24. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача.- СПб.: НИПИ им. В.М.Бехтерева, 1994- 245с.
25. Мазнев Н. Лечение болезней опорно-двигательного аппарата – М.: Мартин, 2004 – 287с.
26. Маклаков А.Г. Общая психология – СПб: Питер, 2004 – 583с.
27. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика – М.: Эксмо, 2004 – 992с.
28. Менделевич В.Д. Клиническая психология. – М.: Мед-пресс, 1998 - 84с.
29. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения.- Л.: Изд.ЛГУ, 1983.- 168 с.
30. Основы специальной психологии / Под ред. Л.В. Кузнецовой – М.: Академия, 2002 – 480с.
31. Психология. Словарь / Под ред. А.В. Петровского и М.Г. Ярошевского – М.: Политиздат, 1990 – 494с.
32. Психология здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова – СПб: Питер, 2006 – 403с.
33. Психофизиология / Под ред. Ю.И. Александрова – СПб: Питер, 2007 – 464с.
34. Реан А.А. Психология человека от рождения до смерти – СПб: Питер, 2003 – 248с.
35. Секач М.Ф. Психология здоровья – М.: Академический проект, 2003 – 192 с.
36. Сидоров П.И., Пориянов К.П. Клиническая психология – М.: ГОТАР, 2002 – 864 с.
37. Смулевич А.Б., Психосоматические расстройства //www. consilium- medicum. com/ media/psycho.
38. Современная медицинская энциклопедия / Под ред. Г.Б. Федосеева – СПб: Вариант, 2003 – 164с.
39. Специальная педагогика. / Под ред. Н.М. Назаровой. – М.: Владос, 2000 – 87с.
40. Справочник – путеводитель практикующего врача: 2000 болезней от А до Я / Под ред. И.Н. Денисова, Э.Г. Улумбекова – М.: ГЭОТАР, Медицина, 1998 – 1296с.
41. Степанова Е.И. Психология взрослых: экспериментальная акмеология. -СПб.: Алетейя, 2000 – 175с.
42. Столяренко Л.Д. Основы психологии.- Ростов н/Д.: Изд-во «Феникс», 1996.- 736с.
43. Толстых А.В. Возрасты жизни. - М., Просвещение, 1988 – 229с.
44. Трофимова Н.М., С.П. Дуванова, Н.Б. Трофимова, Т.Ф. Пушкина. Основы специальной педагогики и психологии. – СПб: Питер, 2006 - 304с.
45. Тюльпин Ю.Г. Медицинская психология – М.: Медицина, 2004 – 246с.
46. Ужегов Г.Н. Болезни опорно-двигательного аппарата – М.: АСТ, 2004 – 116с.
47. Ужегов Г.Н. Остеохондроз и болезни опорно-двигательного аппарата – М.: Вече, 2005 – 142с.
48. Усанова О.А. Специальная психология. - М.: Просвещение, 1999 – 322с.
49. Энциклопедия. Человек / Под ред. В.В. Володина – М.: Аванта, 2002 – 640с.

Эриксон Э. Психология возрастных кризисов – М.: Просвещение, 1998 – 225с.