**ДИПЛОМНАЯ РАБОТА**

**ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ**

**С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО**

**АППАРАТА И КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С НИМИ**

2003

**О Г Л А В Л Е Н И Е:**

ВВЕДЕНИЕ - 4

ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНОГО - 8

1.1.Личность как центральная проблема медицинской

психологии - 8

1.2.Особенности изучения внутренней картины болезни - 12

1.3.Некоторые аспекты психической адаптации больных

с последствиями травм опорно-двигательного аппарата - 16

1.4.Особенности оказания психологической помощи больным

с последствиями травм ОДА - 21

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДИКИ

ИССЛЕДОВАНИЯ - 27

2.1.Организация исследования - 27

2.2.Описание методик исследования - 28

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ - 51

3.1. Результаты проведенной беседы - 51

3.2. Результаты исследования по методике психологической

диагностики типов отношения к болезни - 53

3.3. Результаты исследования по шкале реактивной

(ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д.Спилбергера –

Ю.Л.Ханина - 57

3.4. Результаты исследования уровня субъективного

контроля (УСК) - 60

3.5. Результаты исследования по методике «Дом-дерево-

человек» - 63

3.6. Результаты корреляционного анализа - 66

3.7. Результаты факторного анализа - 73

* 1. Коррекционная работа с больными с последствиями

травм ОДА -74

ВЫВОДЫ - 78

ЗАКЛЮЧЕНИЕ - 79

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ - 83

ПРИЛОЖЕНИЯ - 87

## 

**В В Е Д Е Н И Е**

Проблема психической реабилитации больных с последствиями травм опорно-двигательного аппарата является недостаточно изученной темой в медицинской психологии.

Реформы в области медицинского обслуживания привели к затяжному кризису в данной сфере и отодвинули на задний план исследования, связанные с изучением личности больного, перенесшего тяжелую травму и нуждающегося в психической реабилитации.

До сих пор врачи-непсихиатры уделяют крайне мало внимания изучению внутренней картины болезни и иатрогении, тогда как исходя из монистического представления об организме, объясняющего неразрывную связь психических и соматических процессов, и из современных данных о влиянии психических раздражений на течение вегетативных процессов организма, этому вопросу следует уделять самое пристальное внимание. Такого подхода требуют как интересы больного, так и интересы отечественного здравоохранения.

Жизнь постоянно ставит перед медициной новые задачи, одной из которых является перестройка самой методики исследования больного. Она, прежде всего, должна быть плановой, вести борьбу с упрощенчеством, с механистическим мышлением.

Хорошо известное уже античным врачам влияние психики и ее роль в происхождении, течении и лечении болезней было отодвинуто далеко на задний план локалистическим направлением медицины Х1Х-ХХ вв. в результате успехов анатомо-морфологического и экспериментального методов. Это в значительной мере увело врача от изучения психики больного и привело даже к пренебрежению ею. Однако эволюция научных знаний привела к научному обоснованию уже давно известных психосоматических заболеваний.

Очевидно, что правильное методическое исследование больного с изучением внутренней картины болезни является необходимым условием не только правильного диагноза, но и условием разработки мероприятий по психической реабилитации больного после серьезной травмы.

**Актуальность** вышеизложенной проблематики обусловлена тем обстоятельством, что в последние годы значительно возросло количество нервно-психических расстройств, что в свою очередь способствует возрастанию дорожно-транспортных происшествий. В результате растет число потерпевших с тяжелыми травмами опорно-двигательного аппарата, порой очень остро переживающих временную или постоянную утрату своей трудоспособности, невозможность продолжать прежний образ жизни. Этот фактор предопределяет необходимость оказания действенной психологической помощи таким пациентам. Поэтому **целью** дипломного исследования являлось изучение особенностей личности больных с последствиями травм ОДА, их отношения к болезни и изучение возможности применения арттерапии при их лечении.

Цель исследования обусловила решение следующих **задач:**

1.Исследовать особенности личности больных с последствиями травм опорно-двигательного аппарата (ОДА).

2.Изучить особенности отношения к болезни больных с последствиями травм ОДА.

3.Изучить возможности применения арттерапии как метода психологической коррекции при лечении больных с последствиями травм ОДА.

Цель и задачи исследования позволили сформулировать исходную **гипотезу**, которая состоит в следующем: высокая ответственность больных с последствиями травм опорно-двигательного аппарата за восстановление своего здоровья, а также стремление к восстановлению своего социального и профессионального статусов, способствует мобилизации личности больных в процессе восстановительного лечения.

**Объект** исследования – больные травмотологического отделения МСЧ № 7 Кировского района г.Санкт-Петербурга в количестве 40 человек (20 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 25 до 55 лет с травмами опорно-двигательного аппарата.

**Предмет** исследования – изучение особенности личности больных с последствиями травм опорно-двигательного аппарата.

Проблема личности и ее психической адаптации к различным ситуациям внешней среды нашли отражение в трудах многих отечественных и зарубежных специалистов, среди которых Г.Селье, Р.Лазарус, Р.А.Лурия, Т.А.Немчин и другие. Разработана соответствующая методологическая база получения психодиагностических данных, достаточно подробно освещены вопросы их использования в работе практического психолога. Однако вопросы психической реабилитации лиц с последствиями травм ОДА не нашли должного отражения в научных исследованиях, за исключением вопросов, касающихся психологической реабилитации и коррекционной работы с больными-спортсменами.

Для решения поставленных задач были использованы следующие **методы исследования**: беседа, анкетирование, тестирование с целью выявления личностных параметров больных и их отношения к болезни, методы корреляционного и факторного анализа и другие.

Достоверность результатов исследования обеспечивается комплексным анализом теоретических и эмпирических материалов по психологии больного, применением комплекса исследования, адекватных его цели и задачам, а также достаточным объемом выборки, стандартизацией процедуры исследования и применением методов статистической обработки данных.

**ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ**

**1.1.Личность как центральная проблема**

**медицинской психологии**

Учение о личности относится к области многих наук: философии, истории, педагогики, психологии, социологии, медицины и др. В исследовании личности можно выделить по меньшей мере три периода: философско-литературный, клинический и экспериментальный.

Экспериментальные исследования личности в России были начаты А.Ф.Лазурским, а за рубежом – Г.Айзенком и Р.Кеттелом.

Наиболее известны четыре основных подхода к проблеме личности: с позиций психологии отношений (А.Ф. Лазурский, В.Н.Мясищев), психологии деятельности (Л.С. Выготский, А.Н.Леонтьев), психологии общения (Б.Ф. Ломов, А.А. Бодалев и др.) и психологии установки (Д.Н.Узнадзе, А.С. Прангишвили).

Начало исследованиям личности как системы отношений было положено работами одного из основателей отечественной медицинской психологии сотрудника В.М. Бехтерева – А.Ф. Лазурского (1923). Затем это направление исследований было продолжено В.Н. Мясищевым.

Его отношение к проблеме личности неразрывно связано с понимаем вопроса о соотношении биологического и социального в человеке.

Задавая себе вопрос, является ли личность биосоциальным или социальным образованием, он даем на него следующий ответ: «Считая, что личность представляет высшее психическое образование, обусловленное общественным опытом человека, подчеркивая необходимость разграничения понятий «условия личности» и «саму личность», я полагаю, что в материалистическом понимании личности биологически-органическое неразрывно связано с социальным, но не является ни личностью, ни ее частью, а только условием личности».[[1]](#footnote-1)1

### В теории деятельности А.Н.Леонтьева, развившего идеи

# Л.С. Выготского, личность рассматривается как продукт

социально-общественного развития.

Концепция деятельности выступает в качестве основной теоретической базы при анализе нарушений различных познавательных процессов в работах патопсихологов Б.В.Зейгарник, Б.С.Братусь и др.).

А.А.Бодалев указывает на роль общения в формировании личности: «Какие переживания по преимуществу вызывают общающиеся с человеком люди, характеризуя его облик и дела, откликаясь так или иначе на его отношения к ним; какие чувства появляются у него, когда он оценивает их дела, их поступки – все это оказывает сильнейшее влияние на выработку в его личности устойчивых форм эмоциональных «ответов» на воздействие определенных сторон действительности».[[2]](#footnote-2)2

Разработка проблемы общения и закономерностей восприятия людьми друг друга важна для различных областей медицины: создания теоретико-методологических основ отечественной психиатрии и в особенности групповой психотерапии, эффективных методов «социально-психологического тренинга», направленных на развитие коммуникативных и социально-перцептивных способностей индивида, необходимых для организации полноценного и продуктивного взаимодействия между людьми при решении лечебных, психогигиенических, психопрофилактических задач, поискам путей оптимизации взаимоотношений между врачом и другим медицинским персоналом, с одной стороны, и пациентами – с другой, разработки методов подготовки психотерапевтов.

В центре концепции Д.Н.Узнадзе (теория установки) находится внутренее состояние готовности человека определенным образом воспринимать, оценивать и действовать по отношению к объектам и явлениям окружающей его действительности.

Широко известна и популярна, особенно в странах Запада, психоаналитическая теория личности, разработанная З.Фрейдом. Ее можно отнести к типу психодинамических, неэкспериментальных, охватывающих всю жизнь человека.

Представляет интерес подход Фрейда к характеристике защитных механизмов, которые возникают в результате неприятных эмоциональных состояний. Защитные механизмы следующие: отрицание, подавление, рационализация, формирование реакции, проекция, интеллектуализация, замещение.

Р.С.Немов так определяет личность: «Личность – это человек, взятый в системе таких его психологических характеристик, которые социально обусловлены, проявляются в общественных по природе связях и отношениях, являются устойчивыми, определяют нравственные поступки человека, имеющие существенное значение для него самого и окружающих.[[3]](#footnote-3)3

Определение личности, данное Г.Оллпортом звучит следующим образом: личность есть прижизненно формирующаяся индивидуально своеобразная совокупность психофизиологических систем – черт личности, которыми определяются своеобразные для данного человека мышление и поведение.[[4]](#footnote-4)4

Анализ литературы по проблеме психологии личности позволяет сформулировать следующее определение: личность в широком смысле выступает как активный субъект деятельности (субъект природы, общества, культуры). Личность в узком смысле выступает как субъект решения проблем и выбора поведения.

Перспективу дальнейшего развития учения о личности ученые связывают, главным образом, с базисными категориями – отношения, деятельности, общения, установки и др. – с учетом их значения для разных разделов медицинской психологии, ее теории и практики.

**1.2.Особенности изучения внутренней**

**картины болезни**

Большинство исследователей понимают под внутренней картиной болезни все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, - весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм.[[5]](#footnote-5)5

По определению Гольдшейдера такая картина болезни является аутопластической. В общем виде она имеет следующие стороны:

-сензитивную (локальные боли и расстройства – по закону распространения импульсов в более периферических отделах нервной системы);

-эмоциональную (страх, тревога, надежда, т.е. эмоциональные переживания);

-волевую (усилие справиться с болезнью, позаботиться об обследовании и лечении);

-рациональную и информативную (знания о болезни и ее оценка).

Такое «горизонтальное расчленение» аутопластической картины болезни является схематическим, в действительности психические процессы всех этих областей переплетаются в различных комбинациях.

Обусловленность аутопластической картины болезни можно разделить на три области:

1. Характер болезни: острая, хроническая, какую требует помощь или лечение (амбулаторное или клиническое, консервативное или хирургической), имеются ли сильные боли, ограничение подвижности, неприятные косметические симптомы, например, при кожных заболеваниях, зловонных ранах.

2. Обстоятельства, в которых протекает болезнь:

а)проблемы и неуверенность, которые с собой приносит болезнь;

б)среда, в которой развивается болезнь;

в)причина болезни: считает ли больной себя виновником заболевания или других.

3. Преморбидная личность (т.е. личность, какой она была перед заболеванием). При этом имеют значение:

а)возраст;

б)степень общей чувствительности к прямым, особенно неприятным факторам, например, к боли, шуму, неприятным обонятельным факторам, которые нередки в больницах.

в)характер эмоциональной реактивности (темперамент);

г)характер и шкала ценностей;

д)медицинская сознательность, которая проявляется реальной оценкой болезни и соответственной оценкой объективной ситуации.

Играет роль и социальное положение больного. Для большинства заболеваний болезнь означает социальные невыгоды и экономические потери, поэтому они стараются как можно быстрее выздороветь. Особенно эта проблема обострилась в последние годы, так как качественные медицинские услуги оказываются в частных клиниках и стоят недешево. Кроме того, зачастую небольшие фирмы не оплачивают лечение своих сотрудников.

Что касается отношения больного к болезни, то оно может быть следующим:

а)нормальным, т.е. соответствующим состоянию больного или тому, что было сообщено ему о заболевании;

б)пренебрежительным, когда больной недооценивает серьезность заболевания, не лечится и не бережет себя, в отношении прогноза болезни проявляет необоснованный оптимизм;

в)отрицающим, когда больной «не обращает внимания на болезнь», отгоняет от себя мысли о болезни и т.п.;

г)нозофобным, когда больной несоразмерно боится болезни, повторно обследуется, меняет врачей;

д)гипохондрическим, когда больной догадывается или убежден в том, что страдает тяжелым заболеванием или когда он переоценивает серьезность менее тяжелой болезни;

е) нозофильным, связанным с определенным успокоением и приятными ощущениями при болезни;

ж) утилитарным, что является высшим проявлением нозофильной реакции. С этой точки зрения специалисты различают следующие типы реакций:

* аггравация – преувеличение признаков заболевания и субъективных жалоб;
* симуляция – притворство, при помощи которого стремятся создать впечатление о наличии болезни и ее признаков;
* диссимуляция – это скрывание болезни и ее признаков.

Положительное или отрицательное значение может иметь боль. Многие специалисты говорят о психогенном компоненте боли. Неожиданная боль неизвестной этиологии вызывает, как правило, более сильную психическую реакцию, чем повторная боль, причина которой известна.

До настоящего времени тонкие нюансы психической жизни больных исследованы недостаточно. Как во времена Сократа и Платона, мы все еще делим врачей на врача тела и души, и считаем совершенно естественным, ставя себе целью «объективное» исследование больного и, владея в совершенстве этой методикой, в анализе внутренней болезни ограничивается только формальным собиранием анамнеза и одной сухой регистрацией субъективных жалоб больного, предоставляя весь его огромный внутренний мир психиатру, невропатологу или психотерапевту.

Очевидно, что необходимой предпосылкой для изучения внутренней картины болезни должен быть психологический контакт между врачом и больным. Влияние личности врача на психику больного настолько велико, что в целом ряде случаев оно даже определяет течение болезни и играет исключительно большую роль в установке больного, резко изменяя окраску его ощущений, особенно интеллектуальную часть внутренней картины болезни. Многочисленные экспериментальный данные и ежедневные клинические факты подводят прочный научный фундамент под эту тесную и закономерную зависимость, в которой соматические процессы связаны с состоянием психики человека.

Концепция о внутренней картине болезни открывает в клинике новые перспективы и поэтому заслуживает пристального внимания и клиницистов и практических врачей.

**1.3.Некоторые аспекты психической адаптации**

**больных с последствиями травм**

**опорно-двигательного аппарата**

Изучение адаптационных механизмов тесно связано с представлениями об эмоциональном напряжении и стрессе. Сама концепция стресса возникла и развивалась в связи с исследованиями общих закономерностей процесса адаптации, относительно независимых от типа воздействия, вызвавшего адаптационные реакции.[[6]](#footnote-6)6 Это и послужило основанием для определения стресса как состояния, характеризующегося специфическим синдромом, слагающимся из всех неспецифически вызванных изменений в биологической системе, как неспецифической реакции организма на предъявляемое ему требование, и для рассмотрения его как общего адаптационного синдрома.

Основные черты психического стресса можно обозна-

чить следующим образом:

* стресс – состояние организма;
* его возникновение предполагает взаимодействие между организмом и средой;
* стресс – более напряженное состояние, чем обычное мотивационное;
* он требует для своего возникновения восприятия угрозы; осуществление интегративных функций организма при этом осложняется;
* явления стресса имеют место тогда, когда нормальная адаптивная реакция недостаточна.

В стрессовом состоянии в организме вырабатывается гормон кортизол, который способствует появлению дополнительной энергии и поддерживает уровень артериального давления. Однако он ослабляет иммунитет. Отсюда в состоянии стресса или после него люди часто заболевают простудой, гриппом и т.п.[[7]](#footnote-7)7

Более высокий риск нарушений психической адаптации в необычных условиях среды, при увеличении числа и значимости жизненных событий, влекущих за собой адаптационные перестройки, обусловлен нарушением сбалансированности в системе человек – среда и возрастанием в этой связи требований к адаптационным механизмам индивидуума. Снижение эффективности психической адаптации и возрастание риска ее нарушений связаны с возникновением состояния, обусловленного блокадой мотивированного поведения, т.е. «фрустрацией».

Выделяют следующие виды фрустрационного реагирования:

1. двигательное возбуждение – бесцельные и неупорядоченные реакции;
2. апатия;
3. агрессия и деструкция;
4. стереотипия – тенденция к слепому повторению фиксированного поведения;
5. регрессия.

Стабильность психической адаптации тем больше, чем выше порог фрустрации, а ее неустойчивость возрастает по мере его снижения.

Ф.Б.Березин[[8]](#footnote-8)8 приводит данные, которые свидетельствуют, что достаточность или недостаточность порога фрустрации для эффективной психической адаптации определяется соотношением его величины со степенью требований, предъявляемых к адаптационным механизмам.

Ученые выделяют четыре типа интрапсихической адаптации (психологических защит):

-препятствующие осознаванию факторов, вызывающих

тревогу, или самой тревоги (отрицание, вытесне-

ние);

-позволяющие фиксировать тревогу на определенных

стимулах (фиксация тревоги);

-снижающие уровень побуждений (обесценивание ис

ходных потребностей);

-устраняющие тревогу или модифицирующие ее интер-

претацию за счет формирования устойчивых концеп-

ций (концептуализация).

Проведенные исследования обнаружили закономерную смену механизмов интрапсихической адаптации и позволили говорить о различной их мощности, выражающейся в степени редукции и переработки тревоги. При этом тревогу рассматривают как сигнал, свидетельствующий об активизации адаптационных механизмов.

Надо сказать, что психологическое и психопатологическое значение тревоги, которую со времени описания невроза тревоги З.Фрейдом рассматривали как ствол общей невротической организации, стало предметом обсуждения в поистине необозримой литературе. Тревога выступает либо как основное слагаемое различных психопатологических синдромов, либо как базис, на котором формируются психопатологические или психосоматические проявления.

Больной не понимает ряда своих ощущений, не способен оценить свои жалобы и симптомы, свои знания о болезнях использует несоразмерно. Поэтому страх и тревога являются значительными факторами в аутопластической картине его болезни.

Страх и тревога отрицательно влияют на психофизиологическое состояние больного. Тревога обычно сопровождается выраженными вегетативными симптомами: тахикардией, сначала затаенным, а затем учащенным дыханием, бледностью, холодным потом, ощущением сухости во рту. В гормональной и биохимической области происходит стрессовая реакция.

К наиболее существенным источникам страха перед лечением и перед врачами относится собственный опыт общения с медицинскими работниками, неприятные переживания, связанные с обследованием и лечебными манипуляциями.

Психическая адаптация лиц с последствиями травм опорно-двигательного аппарата имеет свою специфику.

Наибольшее число исследований связано со стресоустойчивостью и травматизмом спортсменов.[[9]](#footnote-9)9

Занятия спортом в отдельных случаях могут привести к травмам с тяжелым исходом. Очень распространены ушибы суставов, возникающие при падении, прямом ударе в область сустава и т.д. Чаще всего подвергаются этим травмам коленные, голеностопные и локтевые суставы.

Разрыв ахиллова сухожилия – тяжелая травма опорно-двигательного аппарата, так как ведет к выпадению функции основного сгибателя стопы – трехглавой мышцы голени.

Особую опасность вызывают переломы позвоночника. Клиническая картина при этом не сразу соответствует тяжести травмы.

Восстановительное лечение для всех травматологических больных, а особенно для спортсменов, имеет решающее значение, ибо его результаты зачастую определяют последующую судьбу перенесшего травму человека.

Большинство исследователей отмечают, что необходимо использовать разнообразные методы воздействия на организм больного, обуславливая их длительность и непрерывность, преемственное проведение лечения на всех этапах, во всех лечебных учреждениях, его обеспечивающих.

Рациональные комплексы реабилитации могут быть созданы лишь на основе научного подхода к установлению показаний и при индивидуальном их применении.

Важно отметить, что определение эффективности реабилитации больных с патологией опорно-двигательного аппарата требует разработки оптимальной системы оценки их клинического состояния. На этот счет существуют работы, однако ни одно из предложений пока не получило единодушного признания.[[10]](#footnote-10)10

**1.4.Особенности оказания психологической помощи**

**больным с последствиями травм ОДА**

Психокоррекционная работа с больными с последствиями травм ОДА должна включать следующие этапы:

-оценка клинической картины болезни;

-установление роли и места внутренней картины болезни в индивидуальной жизни пациента;

-организация процесса психического воздействия на пациента.

Но внутренняя и клиническая картина болезни далеко не единственные факторы, которые могут оказать существенное влияние на успешность психокррекционной работы. Как показывает практика, эффективность лечения и реабилитация больных в значительной степени зависят от:

-отношения больного к другим больным;

-характера взаимоотношений больного с врачом и другим персоналом медицинского учреждения;

-отношения к болезни и к лечению.

Одной из самых первых форм психологической помощи больным с последствиями травм ОДА является беседа лечащего врача с пациентом. После постановки точного диагноза и определения плана лечения врач дает больному необходимую информацию о состоянии его здоровья и примерный прогноз на будущее.

Беседа врача с больным должна быть направлена на определение в первую очередь нынешнего внешнего и внутреннего состояния больного:

• Что знает пациент о своем заболевании?

• Какое значение имеет она для него сейчас и в его жизнь в целом?

• Имеется ли у него свой взгляд, в соответствии с которым он сам, его родные или кто-либо еще ответственны за это заболевание?

• Соответствует ли его знание о болезни врачебной оценке?

• Были ли у пациента такого характера заболевания? (в данном случае травмы?

• Как он справлялся до сих пор с предыдущими заболеваниями и как справляется с нынешним?

• Может ли он поделиться с другими своими мыслями, страхами и чувствами, надеждами и отчаянием, которые его охватывают, когда он остается один?

В любом случае, важно дать больному хотя бы минимум информации. Больной должен ознакомиться с точкой зрения врача, уяснить себе, какие взгляды врача и советы приемлемы для него в связи с дальнейшим течением болезни и предполагаемыми терапевтическими мероприятиями. Многим пациентам даже первая беседа с лечащим врачом дает возможность свободно поговорить и при этом достичь такого понимания своего состояния, которое нередко означает совершенно новое оптимистическое отношение к своей болезни (Конечный, Боухал 83 г.; Бройтиган, Кристиан, М.фон Рад 99 г.).

Немаловажным фактором для больных, прибывающих в стационаре, является терапия средой – взаимодействия больного с окружением, средой (Карвасарский, 99 г.). Под средой имеют в виду все, что окружает пациента в стационаре (вещи, люди, процессы, события) и является неотъемлемым фактором больничного содержания, лечения и реабилитация.

Понятие терапия средой трактуется двояко. В широком смысле - это сочетание самых различных мероприятий и воздействий на больного: географическое расположение больницы, ее архитектура, внутренняя структура, комфорт в отделениях и палатах, режим «открытых дверей», организация кафе, пунктов продажи, парикмахерских, библиотек, совместные развлечения, различные виды занятости и прочее.

В ином смысле – это скорее характер складывающихся и определенным образом направленных взаимоотношений больного с окружающими его людьми – персоналом, другими пациентами, семьей.

Общение больных друг с другом (особенно во время просмотра телепередач, принятие пищи в общей столовой) дает возможность им поделиться своими страхами, тревогами, переживаниями, что способствует снижению эмоционального напряжения и уменьшению масштаба переживаний. Развиваются взаимные симпатии и антипатии, почтение, удивление, сочувствие, доверие, атмосфера взаимной солидарности и понимания, которую больные часто характеризуют поговоркой: «Все мы находимся на одном корабле.»

Важное значение наряду с основным лечением являются трудовая терапия и занятия.

Трудотерапия действует так, что активизирует организм в целом поддерживает его защитные способности, обновляет или создает здоровые физиологические, динамические стереотипы, а тем самым подавляет патологические стороны больных (отвлекает внимание от боли, опасений, страха и признаков заболевания), заполняет наиболее подходящим способом свободное время больного, вызывает в нем чувство удовлетворения от результатов своей деятельности, чувство своей необходимости, включает его в коллектив больных и тем самым избавляет от изоляции и чувства собственной неполноценности, расширяет его кругозор, опыт и вооружает новыми способностями и знаниями.

Одной из форм трудотерапии является арттерапия – метод лечения посредством художественного творчества (Копытин А.И. 1999,2001 г.; Карвасарский 99 г.).

На первых порах занятия преследуют коммуникативную и адаптационную цели, помогая больному быстрее и лучше приспособиться к лечебной среде.

Активная деятельность, творчество способствуют расслаблению, снятию напряженности. Для изменения и повышения самооценки большую роль играет постоянный интерес и положительная оценка со стороны арттерапевта, дргуих пациентов, а также выставки, устраиваемые в кабинете арттерапии, где больной может увидеть плоды не только своего творчества, но и других пациентов. Вновь приобретенные способы самовыражения, положительные эмоции, возникшие в процессе арттерапии, снижают агрессивность, повышают самооценку.

Эмоциональная личная заинтересованность активирует больного. Арттерапия позволяет обращаться к наиболее важным интересам и потребностям пациентов, а также проблемам, которые связаны, например, с их социальной изоляцией и потерей трудоспособности, пугающей перспективой смерти или осложнений заболевания, утратой смысла жизни или неясностью ее перспектив и другим.

Подводя итог Первой главе настоящего исследования отметим, что, на наш взгляд, психокоррекционная работа с больными с последствиями травм ОДА должна включать следующие этапы:

* решение проблемы системного построения гипотезы о внутренней картине болезни пациента;
* установление роли и места внутренней картины болезни в индивидуальной жизни пациента;
* организация процесса психологического воздействия на пациента.

Необходимость обращения к заявленной теме обусловлена стремлением выделить и описать специфические качества работы с больными после травм ОДА на основе данных, полученных путем применения наиболее эффективных психодиагностических методик, широко известных и признанных в психологии.

**ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**2.1.Организация исследования**

Объектом исследования являлись больные травматологического отделения МСЧ № 7 Кировского завода в количестве 40 человек (20 мужчин и 20 женщин), в возрасте от 25 до 55 лет, с травмами опорно-двигательного аппарата (перелом плеча, перелом предплечья, перелом луча в типичном месте, перелом бедра, перелом колена, перелом голени, перелом лодыжки, перелом пальцев ноги, перелом пальцев кисти, разрыв связок коленного сустава, разрыв ахилла), с давностью травмы от 3 до 5 дней.(Приложение 1-2).

Все исследуемые получили плановое оперативное лечение (репозиция отломков кости, шов связок, остеосинтез и металлостеосинтез кости).

Беседа проводилась за 2-3 дня до операции.

После проведения оперативного вмешательства с обследуемыми больными проводилась индивидуальная психологическая коррекция, направленная на эмоциональную поддержку, повышение веры в выздоровление и арттерапия.

Все обследуемые больные находились на больничных местах и у всех был положительный прогноз трудоспособности без инвалидизирующих последствий.

Условия, в которых проводилось исследование, были одинаковые для всех испытуемых – они отвечали на вопросы методик в индивидуальном порядке (Приложение 3).

**2.2.Описание методик исследования**

В набор диагностических методик вошли следующие:

1. Беседа.

2. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни.

3. Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д.Спилбергера – Ю.Л.Ханина.

4. Опросник для изучения уровня субъективного контроля (УСК).

5. Проективная методика «Дом- Дерево- Человек».

### Рассмотрим подробнее эти методики.

#### Беседа

Беседа проводится с целью установить определенные взаимоотношения, которые характеризуются сотрудничеством, взаимопониманием и абсолютным положительным принятием, а также поддержать человека, находящегося в тревожной ситуации.

Специально для проведения данного исследования было разработано стандартизированное интервью, состоящее из вопросов. Оно ориентировано на выявление самочувствия исследуемого, отношения к своему состоянию здоровья сейчас и в дальнейшем.

• Как Вы себя чувствуете?

• Что предшествовало Вашей травме? (физическое, эмоциональное напряжение, нервно-психическая травма, стресс?)

• Повлияла ли травма на Ваши будущие планы?, можно ли их скорректировать?

• Возможно ли продолжение Вашей трудовой деятельности при наличии Вашей травмы?

• Что Вы чувствуете по отношению к предстоящей операции?

Методика для психологической диагностики

типов отношения к болезни

Данная методика была составлена в лаборатории клинической психологии Ленинградского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева (Л.И.Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б.Карпова, А.Я.Вукс, А.Е.Личко 1987 г.)

Развитие реабилитационного направления в современной медицине предъявляет особые требования к изучению роли личности больного, его позиции по отношению к своему заболеванию, лечению, нарушенным системам социальных связей в связи с заболеванием и прогнозу.

Отношение к болезни по-существу, интегрирует все психологические категории, в рамках которых анализируется понятие «внутренняя картина болезни». Это и знание о болезни, ее осознание личностью, понимание роли и влияние болезни на жизненное функционирование, эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с болезнью.

Стратегия адаптивного или дезадактивного поведения больных в настоящем и будущем предполагает различные варианты: активную борьбу с болезнью, принятие роли больного, игнорирование болезни и другие защитно-приспособительные механизмы личности, которые не может не учитывать лечащий врач, психолог, психотерапевт в активной работе с больным и его окружением.

Применяемые в клиниках экспериментально-психо-логические методы, заимствованные из общей, социальной и медицинской психологии, специально не ориентированные на изучение отношения к болезни, дают информацию о психологических механизмах формирования, поведенческих проявлениях, эмоциональном и других аспектах личностных отношений больных, но непосредственно не решают задачи диагностики типов реакций личности на болезнь и социальную адаптацию в связи с болезнью.

Поэтому была разработана новая оригинальная экспериментально-диагностическая методика, предназначенная для изучения вариантов личностного реагирования на заболевание, а также для определения типа отношения к болезни.

В качестве содержательной теоретико-психологической основы разработанной методики,была взята концепция психологии отношений В.Н.Мясищева.

В качестве формы методики была выбрана форма опросника. Типология реакций личности на болезнь (классификация типов) предложена А.Е.Личко и Н.Я.Ивановым (1980 г.).

Диагностическое правило опросника строилось как алгоритм, с определенной мерой точности воспроизводящий диагностику типов отношения к болезни квалифицированным специалистом.

Диагностический код опросника основывался на анализе данных протоколов, полученных от экспертов, заполнявших опросник, как бы за больных, соответственно описанным типам отношения к болезни.

Для каждого из этих типов было получено распределение частот, с которыми утверждение опросника выбиралось экспертами. На основании этих данных были определены диагностические коэффициенты.

Таким образом, протокол испытуемого может быть охарактеризован суммами диагностических коэффициентов, каждая из которых соответствует определенному типу отношения к болезни.

В целом профиль из 12 шкал характеризует совокупность отношения больного к болезни. Помимо развернутой характеристики системы отношений, связанной с заболеванием, важное значение имеет определение целостного типа реагирования на болезнь.

Обоснованность опросника определялась с помощью критериев валидности по содержанию, а также была подтверждена сопоставлениями с данными обследования больных многопрофильным личностным опросником (ММРΙ) и опросником Айзенка.

###### Классификация типов отношения к болезни

1. Гармоничный (Г). Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без основания видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения, нежелание обременить других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступны больному. При неблагоприятном прогнозе ad vitat – со

средоточение внимания, забот, интересов на судь

бе близких, своего дела!

1. Эргопатический (Р). «Уход от болезни в работу». Даже при тяжелой болезни и страданиях стремление, несмотря на это, продолжать работу. Характерно сверхответственное, одержимое, стеничное отношение к работе, в ряде случаев – выражено еще в большей степени, чем до заболевания. Избирательное отношение к обслуживанию и лечению, обусловленное стремление во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности.
2. Анозогнозический (З). Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях. Отрицание очевидного. Приписывание проявлений болезни случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание обойтись "своими средствами". При эйфорическом варианте этого типа – необоснованно повышенное настроение. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни лечению. Надежда на то, что «само все обойдется». Желание продолжать получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима пагубно сказывающихся на течение болезни.
3. Тревожный (Т). Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения, поиск «авторитетов». В большой степени выражен интерес к объективным данным о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем фиксация на субъективных ощущениях. Поэтому – предпочтение слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение тревожное, угнетенность – следствие этой тревоги.

При обессивно-фобическом варианте этого типа –

тревожная мнительность прежде всего касается

опасений не реальных, а маловероятных осложнений

болезни, неудач лечения, а также возможных (но

малообоснованных) неудач в жизни, работе, семей

ной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые

опасности волнуют более, чем реальные. Защитой

от тревоги являются приметы и ритуалы.

1. Ипохондрический (И). Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требования тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.
2. Неврастенический (Н). Поведен е по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем – раскаяние за беспокойство и несдержанность.
3. Меланхолический (М). Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.
4. Тактический (А). Полное безразличие к своей судьбе, к подходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало.
5. Сенситивный (С). Чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое может произвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасение, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни. Болезнь может стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.
6. Эгоцентрический (Я). «Уход в болезнь». Выставление живаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы – все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». Другие люди, также требующие внимания и заботы, рассматриваются только как «конкуренты», отношение к ним – неприязненное. Постоянное желание показать другим свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.
7. Паранойяльный (П). Уверенность, что болезнь – результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность, к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств, халатности или злому умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.
8. Дисфорический (Д). Доминирует мрачно-озлоб-ленное настроение, постоянный угрюмый вид. Зависть и ненависть к здоровым. Вспышки крайней озлобленности со склонностью винить в своей болезни других. Требование особого внимания к себе и подозрительность к процедурам и лечению. Деспотическое отношение к близким – требование во всем угождать.

Опросник включает в себя 12 таблиц, которые содержат от 11 до 17 утверждений.

Испытуемому предлагается в каждой таблице – наборе выбрать 1 или 2 наиболее подходящих для него утверждений, и номера сделанных выборов отметить в регистрационном листе. Если больной не может выбрать утверждения по какой-либо теме, то он обязательно должен отметить последнее утверждение. Время заполнения регистрационного листа не ограничено.

При анализе по таблице кода для каждого отмеченного в регистрационном листе утверждения определяются диагностические коэффициенты, соответствующие 12 шкалам типов отношения к болезни, затем они суммируются и получают 12 значений шкальных оценок, на основе которых и определяют ведущий тип отношения к болезни.

##### Шкала реактивной (ситуативной) и личностной

*тревожности Ч.Д.Спилбергера – Ю.Л.Ханина*

Шкала разработана известным американским психологом Ч.Д. Спилбергером и адаптирована для отечественных условий Ю.Л.Ханиным ( Л.ЛНИИФК,1976 г.; Елисеев 1994 г.; Тутушкина 2001 г.).

Данная методика позволяет сделать первые существенные уточнения о качестве интегральной самооценки личности: является ли нестабильность этой самооценки ситуативной или постоянной, т.е. личностной.

Результаты методики относятся не только к психо-динамическим особенностям личности, но и к общему вопросу взаимосвязи параметров реактивности и активности личности, ее темперамента и характера. Методика также является развернутой характеристикой личности, что вовсе не уменьшает ее ценности в психо-диагностическом плане.

С годами исследования тревожности как личностного свойства и тревоги как состояния сблизились в наименование «тревожность», разделившись в то же время в определения «реактивная» («ситуативная») и «личностная».

Состояние тревоги – СТ – возникает как реакция человека на различные, чаще всего социально-психологические стрессоры (ожидание негативной оценки или агрессивной реакции, восприятие неблагоприятного к себе отношения, угрозы своему самоуважению, престижу).

Личностная тревожность – ЛТ – как черта, свойство которой дает представление об индивидуальных различиях в подверженности действию различных стрессоров, следовательно здесь идет речь об относительно устойчивой склонности человека воспринимать угрозу своему «Я» в самых разных ситуациях и реагировать на эти ситуации повышением СТ.

Личностная тревожность характеризует прошлый опыт индивида, т.е. насколько часто ему приходилось испытывать ситуативную тревогу.

Шкала реактивности и личностной тревожности имеет две самостоятельных подшкалы для отдельного измерения той или другой формы тревожности:

* подшкала оценки ситуативной тревожности, в которой испытуемому предлагается указать наиболее подходящую цифру в зависимости от самочувствия в данный момент:

«1» – нет, это совсем не так;

«2» – пожалуй, так;

«3» – верно;

«4» – совершенно верно.

* подшкала оценки личностной тревожности, в которой испытуемому предлагается указать наиболее подходящую цифру в зависимости от самочувствия обычно:

«1» – почти никогда;

«2» – иногда;

«3» – часто;

«4» – почти всегда.

Результаты оцениваются в следующих градациях:

До 30 баллов – низкая;

31-45 баллов – умеренная;

46 и более – высокая.

Низкий уровень СТ – отражает недостаточно высокую

значимость для человека той ситуации, в которой он оказывается на момент обследования.

Это признак недостаточной акцентуализации потребностей организма, отсутствие заинтересованности в том, что происходит в мире и в самом себе. Также может наблюдаться у людей, в эмоциональном опыте которых подобные ситуации встречались. Такой человек воспринимает происходящее или в соответствии с его объективной эмоциогенностью, или как незначащее, или как преодолимое. Он уверен в себе, доволен собой, своим состоянием, положением дел, внутренне расслаблен, настроен на успешное преодоление препятствий и чувствует в себе достаточно сил для этого.

Умеренный уровень СТ – человек придает повышенную значимость отдельным элементам ситуации или находит в себе силы и возможности контролировать свои эмоциональные переживания. Старается объективно оценивать возникающие ситуации, однако, это ему удается или не удается, или он не совсем уверен в своих силах. Поэтому возможно кратковременное, но не очень существенно нарушенное эмоциональное равновесие, снижение работоспособности. Восстановление эмоционального комфорта происходит довольно быстро.

Высокий уровень СТ – ситуация, в которой находится человек, чрезвычайно важна для него. Она затрагивает актуальные на данный момент потребности, человек воспринимает ее как несущую угрозу его физическому существованию, престижу, авторитету в группе или собственной оценки самого себя. Он чувствует напряжение, беспокойство, мышечную скованность. Сконцентрирован на происходящем, которое кажется ему опасным и непреодолимым. Человек недоволен собой, часто замыкается в себе.

Низкий уровень ЛТ – как правило, человек воспринимает появившиеся трудности адекватно их объективной эмоциаональной насыщенности. Поведение, взаимоотношения с окружающими регулируются уверенностью в успехе, в возможности разрешения конфликтов. В возникающих конфликтах часто обвиняет других людей, критические замечания окружающих переносит спокойно, без раздражения; похвалу воспринимает как реально заслуженную.

Умеренный уровень ЛТ – человек чувствует себя ком-

фортно, сохраняет эмоциональное равновесие, работоспособность преимущественно в ситуациях, к которым он уже успел успешно адаптироваться.

При осложнении ситуации возможно появление беспокойства, тревоги. Однако в таких случаях эти люди быстро восстанавливают эмоциональное равновесие.

Высокий уровень ЛТ - означает, что большинство ситуаций, в которых оказывается человек, воспринимаются как угрожающие ему, его престижу и самооценке. Поведение, взаимодействие с окружающими регулируются прежде всего эмоциями. Наблюдается повышенная ранимость, обидчивость. Одобрение, поддержка, особенно комплименты, не вызывают доверия или принимаются за лесть. Конфликтные ситуации или избегаются, или вызывают чувство собственной вины. Неудачи часто переживаются как трагедии и надолго приковывают внимание, снижают активность, необходимую для их реального преодоления и анализа.

###### Опросник для изучения уровня

*субъективного контроля (УСК)*

Методика представляет собой вариант опросника американского психолога Дж.Раттера, адаптация была осуществлена сотрудниками НИИ им.Бехтерева (В.В.Бажин, Е.А.Голынкина, А.М.Эткинд 1984 г.; Л.Волынская 1999 г.;М.К.Тутушкина 2001 г.). С ее помощью можно оценить уровень субъективного контроля над разнообразными ситуациями, другими словами, определить степень, в которой человек берет на себя ответственность за свои поступки и свою жизнь.

Заметим, что люди по разному объясняют причины значимых для них событий и локализацию контроля над ними.

Возможны два полярных типа такой локализации: экстремальной (внешний локус-контроль) и интернациональный (внутренний локус-контроль).

Первый тип появляется тогда, когда человек полагает, что происходящее с ним от него не зависит, а является результатом действия внешних причин (случайности или вмешательства других людей).

Второй тип соответствует тому, что человек интерпретирует значимые события как результат своих собственных усилий.

Рассматривая эти два полярные типы локализации, отметим, что для каждого человека характерны свой субъективный уровень контроля над значимыми ситуациями. Локус же контроля конкретной личности более или менее универсален по отношению к разным типам событий, с которыми ей приходится сталкиваться, как в случаях удач, так и при неудачах.

В целом, людям с экстернальным локусом контроля (первый тип) в большей степени присуще комформное и уступчивое поведение, они предпочитают работать в группе, чаще пассивны, зависимы, тревожны и не уверены в себе.

Люди с интернальным локусом контроля (второй тип) более активны, независимы и самостоятельны в работе, они чаще имеют положительную самооценку, что связано с выраженной уверенностью в себе и терпимостью к другим людям.

Таким образом, степень интернальности каждого человека связана с его отношением к своему развитию и личностному росту.

Опросник состоит из 44 предложений-утверждений, касающихся экстернальности-интернальности отношений. Испытуемому предлагается прочитать каждое утверждение, решить для себя согласен ли он с ним или нет. В случае согласия, рядом с порядковым номером предложения ставится зна «+». Если испытуемый не согласен с утверждением, то рядом с порядковым номером ставится «-».

Ответы оцениваются по биполярной шкале (Да-Нет). Затем оцениваются с помощью специальных ключей и в соответствии с результатами выстраивается личностный профиль.

В опроснике УСК выделяется семь шкал.

1. Шкала общей интернальности.

Высокий показатель по этой шкале соответствует высокому уровню субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями. Такие люди считают, что большинство важных событий в их жизни было результатом их собственных действий, что они могут ими управлять и, следовательно, берут на себя ответственность за свою жизнь в целом.

Низкий показатель по этой шкале соответствует низкому уровню субъективного контроля. Такие люди не видят связи между своими действиями и значимыми событиями, которые они рассматривают как результат случая или действия других людей. Максимальная оценка по этой шкале - 12, минимальная – 0.

1. Шкала интернальности в области достижений.

Высокий показатель по этой шкале соответствует высокому уровню субъективного контроля над эмоционально положительными событиями. Такие люди считают, что всего хорошего в своей жизни они добились сами, что они способны с успехом преследовать свои цели в будущем.

Низкий показатель по шкале интернальности в области достижений свидетельствует о том, что человек связывает свои успехи, достижения и радости с внешними обстоятельствами- везением, счастливой судьбой или помощью других людей. Максимальное значение по этой шкале – 12, минимальное – 0.

1. Шкала интернальности в области неудач.

Высокий показатель говорит о развитом чувстве субъ-

ективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, что проявляется в склонности обвинить самого себя в разных неприятностях и неудачах.

Низкий уровень свидетельствует о том, что человек склонен приписывать ответственность за подобные события другим людям или считать их результатом невезения.

Максимальная оценка по этой шкале – 12, минимальная- 0.

1. Шкала интернальности в семейных отношениях.

Высокий показатель по этой шкале означает, что че-

ловек считает себя ответственным за события, происходящие в его семейной жизни.

Низкий уровень интернальности в семейных отношениях указывает на то, что субъект считает не себя, а своего партнера причиной значимых ситуаций, возникающих в его семье.

Максимальная оценка – 10, минимальная – 0.

1. Шкала интернальности в области производственных отношений.

Высокий показатель свидетельствует о том, чт человек считает свои действия важным фактором организации собственной производственной деятельности, в частности, своего продвижения по службе.

Низкий показатель по этой шкале говорит о склонности придавать более важное значение внешним обстоятельствам – руководству, коллегам по работе, везению-невезению.

Максимальная оценка по шкале интернальности в области производственных отношений – 8, минимальная – 0.

1. Шкала интернальности в области межличностных отношений.

Здесь высокий показатель свидетельствует о том, что

человек чувствует себя способным вызвать к себе уважение и симпатию других людей. Низкий же показатель указывает на то, что субъект не склонен брать на себя ответственность за свои отношения с окружающими.

Максимальная оценка по этой шкале – 4, минимальная – 0.

1. Шкала интернальности в отношении здоровья и болезней.

Высокий показатель говорит о том, что человек считает себя во многом ответственным за свое здоровье: если он болен, то обвиняет в этом самого себя и полагает, что выздоровление зависит преимущественно от его действий. Человек с низким показателем интернальности в отношении здоровья и болезней считает здоровье и болезнь результатом случая и надеется на то, что выздоровление придет в результате действий других людей, прежде всего врачей.

Максимальная оценка – 4, минимальная – 0.

Проективная методика «Дом-Дерево-Человек»

Методика ДДЧ – свободный рисунок дома, дерева и человека – предложена Дж.Букком (1938) и предназначена для того, чтобы помочь диагносту собрать информацию о личности пациента, а именно об уровне его развития, сензитивности, гибкости, работоспособности и интеграции, а также о сфере его взаимоотношений с окружающей средой в целом и конкретными людьми в частности.

Нарисовать дом, дерево и человека испытуемым предложили, поскольку было обнаружено, что замкнутые пациенты становятся более раскрепощенные в тот момент, ко-

гда они увлечены процессом рисования этих объектов. Данные объекты – дом, дерево, человек – были выбраны по следующим причинам:

1. Они хорошо знакомы даже маленьким детям;
2. Они обладают всеми качествами, благодаря которым испытуемые всех возрастов соглашались рисовать их охотнее, чем какие-либо другие объекты;
3. Изучив рисунки, можно получить данные, касающиеся интеллектуального уровня испытуемого и интеллектуальных характеристик его личности.

ДДЧ – двухфазовая методика.

Первая фаза, в которой в качестве основного средства выражения выступает рисунок – является невербальной, творческой, неструктурированной.

Вторая фаза – вербальная и формально более структурированная. На этом этапе испытуемый описывает, характеризует и интерпретирует нарисованные объекты и то, что их окружает, а также высказывает вызванные рисунком ассоциации.

Предполагается, что слова «дом», «дерево», «человек» как категориальные понятия если и имеют собственную значимую окраску, то незначительную. Таким образом, любая эмоция, выраженная испытуемым в процессе рисования или в ответах на касающиеся рисунков вопросы – это его эмоциональная реакция в символическом образе, на страх, желание, отношение, ситуацию или что-то еще, выраженное реально, либо в символическом образе, или подразумеваемое в рисунке в целом, или в его фрагментах.

Считается, что каждый объект (дом, дерево, человек), нарисованный отдельно или в композиции, необходимо рассматривать как автопортрет, поскольку каждый испытуемый изображает его с некими особенностями, имеющими для него по каким-то причинам существенное значение, причем эти особенности имеют реальную подоплеку, отличную от того, что могут говорить об этом испытуемые.

Автор рисунка может продемонстрировать, что данная деталь или комбинация деталей или способ их изображения, с точек зрения пропорций или использования рисуночного пространства, по отдельности или в целом, имеет для него особое значение.

Для проведения методики испытуемому предлагается нарисовать дом, дерево и человека, для чего понадобятся (по выбору испытуемого – ручка, карандаш, мелки и др.). Во время рисования, исследователь должен записывать:

1. Аспекты, касающиеся времени –

а) время, прошедшее с момента предоставления инструкции до момента, когда испытуемый приступил к рисованию;

б) длительность пауз, возникающих в процессе рисования;

в) общее время, затраченное на рисунок.

1. Название деталей рисунков дома, дерева и человека в том порядке, в котором они были нарисованы.
2. Все спонтанные комментарии и соотнести каждый комментарий с последовательностью деталей.
3. Любую, даже самую незначительную эмоцию и соотнести ее с изображаемой в этот момент деталью.

После того, как невербальная фаза ДДЧ завершена, исследователь должен предложить испытуемому возможность охарактеризовать, описать и интерпретировать нарисованные объекты и то, что их окружает, а также высказать связанные с ними ассоциации.

Проводится ПРО – пост-рисуночный опрос, состоящий из 64 вопросов, имеющих цель избежать формализованных ответов со стороны испытуемого и препятствовать запоминанию ранее сказанного им в связи с конкретным рисунком.

Однако, ПРО не является жестко ограниченной процедурой, исследователь всегда может продолжить опрос в продуктивном на его взгляд русле (приложение № 2-3).

Количественная обработка методики ДДЧ:

1 балл присваивается выделенному признаку в том случае, когда испытуемый посредством использования пространства рисуночного поля, рисования или уклонения от рисования соответствующих деталей, демонстрировал выраженность этого признака.

Ряд значимых признаков (Дж.Букк, 2001 г.):

1. Склонность к замкнутости
2. Игнорирование традиционных вещей
3. Потребность в структурировании ситуаций, что свидетельствует о чрезмерном беспокойстве по поводу окружающей действительности.
4. Недоступность
5. Бегство от действительности
6. Враждебные импульсы
7. Наличие психологических травм
8. Беспомощность
9. Подозрительность
10. Незащищенность
11. Тревожность
12. Неадаптивность
13. Наличие сексуального конфликта
14. Неполноценность
15. Ощущение напряженности и незащищенности
16. Острое ощущение зависимости от окружаемой реально-

сти

1. Потребность в физическом совершенствовании
2. Стремление к самозащите
3. Фиксация на прошлом
4. Фиксация на будущем
5. Фиксация на размышлениях и фантазиях
6. Депрессия
7. Чувство отчуждения
8. Сильное желание избежать неприятных ситуаций.

Отдельные признаки (враждебные импульсы, наличие психологических травм, беспомощность, подозрительность, тревожность, незащищенность, наличие сексуального конфликта, неполноценность, ощущение напряженности и раздражительности, потребность в физическом совершенствовании, стремление к самозащите, депрессия) объединены в признак «проявление неуверенности».

Другая группа признаков (склонность к замкнутости, потребность в структурировании ситуаций, недоступность, неадаптивность, чувство отчуждения) – объединена в признак «проявление замкнутости».

Третья группа признаков (игнорирование традиционных вещей, бегство от действительности, острое ощущение зависимости от окружающей реальности, фиксация на прошлом, фиксация на будущем, сильное желание избежать неприятных ситуаций) объединена в признак «уход от реальности».

Максимальное количество баллов по признаку «проявление неуверенности – 24 б; минимальное – 12 б.

Максимальное количество баллов по признаку «проявление замкнутости» – 10 б; минимальное – 5 б.

Максимальное количество баллов по признаку «уход от реальности» – 10 б; минимальное 4 б.

Полученные результаты обрабатывались с помощью статистических методов. Был произведен сравнительный анализ средних значений, полученных у мужчин и женщин по критерию Стьюдента. Корреляционный и факторный анализ осуществлен с помощью компьютерной программы.

**ГЛАВА 3. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

* 1. **Результаты проведенной беседы**

В результате проведенной беседы с больными с последствиями травм ОДА были получены следующие данные:

* на вопрос о самочувствии всеми испытуемыми была дана удовлетворительная оценка своего состояния;
* на вопрос «Что предшествовало Вашей травме?» 14

человек (35%) – ответили, что за 1-3 дня до

травмы у них произошла ссора дома с родными или

близкими им людьми. Это их очень волновало, они

пытались найти пути примирения.

8 человек (20%) – считают, что получили травму вследствии физического перенапряжения на работе – долгое время находились без сна и шли домой очень усталые.

4 человека (10%) – считают, что непосредственно перед получением травмы находились в состоянии сильного раздражения после длительной езды в общественном транспорте.

4 человека (10%) – ссылаются на то, что перед получением травмы были простужены и плохо себя чувствовали, что повлекло за собой ослабление их внимания, однако, что предшествовало простудному заболеванию они припомнить не могут.

2 человека (5%) – занимались поисками работы и испытывали чувство досады и злости (на себя и окружающих) от неудач.

8 человек (20%) – считают, что ничего особенного с ними не происходило, жизнь протекала без каких-либо изменений.

* на вопрос «Повлияла ли травма на Ваши будущие планы, можно ли их скорректировать?» 6 человек (15%) – ответили, что их будущие планы нуждаются в серьезной коррекции и им придется приложить для этого немало усилий, остальные же 34 человека считают, что их будущие планы можно отложить на более поздний срок;
* на вопрос «Возможно ли продолжение Вашей трудовой деятельности при наличии Вашей травмы?» 6 человек (15%) – считают, что даже при наличии травмы в данный момент могут и считают необходимым продолжать свою трудовую деятельность. 2 человека (5%) – боятся потерять свое место из-за длительного пребывания на больничном листе. Остальные 32 человека не берутся за прогнозирование своего состояния, приемлемого для их работы;
* на вопрос «Что Вы чувствуете по отношению к предстоящей операции?» 12 человек (30%) относятся к операции как к необходимой части лечения и испытывают чувство небольшого волнения перед ней. Остальные 28 человек (70%) испытывают тревогу, в некоторых случаях даже страх перед общим наркозом и самим оперативным вмешательством.
  1. **Результаты исследования по методике психологической диагностики типов отношения к болезни**

Данная экспериментально-психологическая методика предназначена для изучения вариантов личностного реагирования на заболевание, а так же для определения типов отношения к болезни у больных с различными заболеваниями.

Первичный анализ результатов по данной методике показал, что больные с последствиями травм опорно-двигательного аппарата обладают диффузным типом отношения к болезни, в котором лидирует гармонический тип отношения к болезни и входят эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни (таблица 1).

Таблица 1

*Средние значения «Методики для психологической диагностики типов отношения к болезни»*

№/П Шкалы Средние значения Средние значения Достовер-

мужчин женщин ность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Г 19.8 ± 22.3 ± -

9.06 11.1 -

2. Р 18.0 ± 17.3 ± -

10.05 11.6 -

3. З 18.6 ± 16.2 ± -

10.4 10.2 -

4. Т 5.2 ± 9.2 ± -

6.7 9.3 -

5. И 8.3 ± 9.05± -

10.03 6.8 -

6. Н 6.4 ± 7.7 ± -

5.9 5.2 -

7. М 6.4 ± 6.2 ± -

8.6 7.1 -

8. А 4.4 ± 3.4 ± -

5.5 4.3 -

9. С 10.6 ± 12.0 ± -

7.5 7.8 -

10. Я 7.2 ± 8.4 ± -

6.6 5.3 -

11. П 6.6 ± 5.1 ± -

5.7 5.6 -

12. Д 6.3 ± 6.2 ± -

5.8 4.5 -

Гармонический, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни характеризуются меньшей выраженностью социальной дезаптации больного в связи с заболеванием.

Гармонический тип отношения к болезни говорит о том, что больные с последствиями травм опорно-двигательного аппарата способны трезво оценить свое состояние без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без переоценки своего состояния и тяжести болезни стремятся во всем активно содействовать успеху лечения и не желают обременять других тяготами ухода за собой.

Эргопатический тип отношения к болезни свидетельствует о том, что испытуемые даже при тяжести болезни и страданиях стремятся несмотря на это, продолжать работу. Для них характерно сверх-ответственное, одержимое отношение к работе, в ряде случаев – выражено еще в большей степени, чем до получения травмы.

Анозогнозический тип отношения к болезни свидетельствует о том, что больные с последствиями травм опорно-двигательного аппарата активно отбрасывают мысли о болезни и возможных ее последствиях, приписывают появление травмы случайным обстоятельствам, даже отказываются от обследования и лечения. Они желают получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легко нарушают режим, что неблагоприятно отражается на течении болезни.

По результатам исследования значимых различий (рис.1-2) между мужчинами и женщинами больных с последствиями травм опорно-двигательного аппарата не выявлено, однако по полученным данным видно, что по гармоническому, тревожному, ипохондрическому, неврастеническому, сенситивному и эгоцентрическому типам отношения к болезни женские значения превышают мужские. Тогда как по эргопатическому, анозогнозическому и паранойяльному типам отношения к болезни были получены выше результаты у мужчин, чем у женщин.

**Рис.1. График общегрупповых средних значений**

**типов отношения к болезни n=40**

**Рис.2. Общегрупповые средние значения показателей**

**типов отношения к болезни**

Таким образом, по результатам исследования достоверных различий между средним значениям мужчин и женщин не выявлено.

* 1. Результаты исследования по шкале реактивной

(ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д.Спилбергера – Ю.Л.Ханина

Данная методика позволяет сделать первые и существенные уточнения о качестве интегральной самооценки личности: она оценивает ситуативную и личностную тревожность.

Первичный анализ результатов по данной методике показал, что больные с последствиями травм опорно-двигательного аппарата обладают высокой ситуативной тревожностью и умеренными показателями личностной тревожности (таблица 2).

Таблица 2

*Средние значения по шкале реактивной, ситуативной и личностной тревожности Ч.Д.Спилбергера - Ю.Л.Ханина*

|  |
| --- |
| Шкалы/Средние значения СТ ЛТ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Номера шкал 1 2  ----------------------------------------------------  Средние значения мужчин 45.8 ± 9.9 39.5 ± 9.5  Средние значения женщин 48.0 ± 7.6 43.9 ± 9.1 |

Высокие показатели по шкале «Ситуативная тревожность» свидетельствует о том, что больные с последствиями травм опорно-двигательного аппарата считают для себя чрезвычайно важной ситуацию, в которой сейчас находятся.

Эта ситуация затрагивает актуальные на данный момент потребности, они воспринимают ее как несущую угрозу, их физическому существованию, престижу, авторитету в группе или собственной оценке самого себя. Сама ситуация – получение травмы, нахождение в лечебном положении (гипс, гипсовая лангета, вытяжение) и ожидание предстоящей операции – предполагает перенесение болевых послеоперационных ощущений, необходимость частичного обездвижения и длительность восстановления (разработка суставов, лечебная физкультура, физиотерапия и т.д. Хотя в целом операция предпринимается для того, чтобы восстановить нормальное функционирование той или иной конечности, у больных сеть некоторая неопределенность прогноза (будет ли он ходить как прежде или с палочкой, хромать? И т.д.

Умеренный уровень личностной тревожности свидетельствует о том, что больные с последствиями травм опорно-двигательного аппарата чувствуют себя комфортно и сохраняют эмоциональное равновесие в тех ситуациях, в которым они уже успели успешно адаптироваться, и которые они знают, как надо себя вести – в предсказуемых ситуациях.

При осложнении ситуаций, возможно появление беспокойства, тревоги. Однако в таких случаях, больные, обладающие умеренным уровнем тревожности, быстро восстанавливают эмоциональное равновесие (рис.3).



Рис.3.Показатель ситуативной и личностной

тревожности (у мужчин n=20, у женщин n=20)

По результатам исследования, значимых различий между средними значениями мужчин и женщин не выявлено, однако по количеству баллов у женщин ситуативная и личностная тревожность превышает мужскую.

**3.4. Результаты исследования уровня**

**субъективного контроля (УСК)**

Данная экспериментально-психологическая методика позволяет сравнительно быстро и эффективно оценить сформировавшийся у испытуемого уровень субъективного контроля над разнообразными жизненными ситуациями, связь разнообразных форм поведения и параметров личности с экстернально-интернальностью.

Первичный анализ результатов по данной методике показал, что больные с последствиями травм опорно-двигательного аппарата обладают высокой интернальностью в семейных отношениях, в межличностных отношениях и высокими баллами по интернальности в отношении здоровья и болезней.

Для шкал общей интернальности, интернальности в области достижений, неудач и производственных отношений характерны низкие показатели – по этим шкалам больные экстернальны (таблица 3).

Таблица 3

*Средние значения*

*уровня субъективного контроля (УСК)*

№/П Шкалы Средние значения Средние значения Досто-

мужчин женщин верность

1. Ио 3.05 ± 0.2 3.2 ± 0.4 -

2. Ид 4.4 ± 0.6 4.5 ± 0.5 -

3. Ин 3.9 ± 0.4 4.0 ± 0.5 -

4. Ис 5.0 ± 0.8 5.1 ± 0.4 -

5. Ип 3.1 ± 0.3 3.0 ± 0.3 -

6. Им 4.8 ± 0.4 4.8 ± 0.3 -

7. Из 3.9 ± 1.6 3.6 ± 0.4 -

Высокие показатели по шкалам интернальности в семейных отношениях, в межличностных отношениях и в отношении здоровья и болезней говорят о том, что больные с последствиями травм опорно-двигательного аппарата считают себя ответственными за события, происходящие в их семейной жизни, считают себя во многом ответственными за свое здоровье: если они больны, то обвиняют в этом себя и полагают, что выздоровление во многом зависит от их действий.

Низкий показатель по шкале общей интернальности свидетельствует о низком уровне субъективного контроля: испытуемые склонны не видеть связи между своими действиями и значимыми для них событиями их жизни, не считать себя способными контролировать их развитие. Они полагают, что большинство событий их жизни является результатом случая или действия других людей. Одновременно для них свойственна повышенная тревожность и обеспокоенность, их отличает меньшая терпимость к другим и повышенная агрессивность.

Низкий показатель по шкале интернальности в области достижений свидетельствует о том, что больные с последствиями травм опорно-двигательного аппарата приписывают свои успехи, достижения и радости внешним обстоятельствам – везению, счастливой судьбе или помощи других людей.

Низкий показатель по шкале интернальности в области неудач говорит о том, что больные склонны приписывать ответственность за подобные события другим людям, или считать их результатом невезения.

Низкий показатель по шкале интернальности в области производственных отношений свидетельствует о том, что испытуемые склонны приписывать более важное значение внешним обстоятельствам – руководству, товарищам по работе, везению – невезению (рис.4).



**Рис.4. Показатели интернальности по методике**

**УСК (у мужчин n=20; у женщин N=20)**

**3.5.Результаты исследования по методике**

**«Дом-дерево-человек»**

Методика ДДЧ – свободный рисунок дома, дерева, человека – предназначена для получения информации о личности индивида, а именно об уровне его развития, сензитивности, гибкости, работоспособности и интеграции, а также о сфере его взаимоотношений с окружающей действительностью в целом и конкретными людьми в частности.

Первичный анализ результатов показал, что больные с последствиями травм ОДА имеют высокие показатели по шкалам неуверенности, замкнутости и ухода от реальности (таблица 4).

Таблица 4

*Средние значения проективной методики*

*«Дом-дерево-человек»*

|  |
| --- |
| Шкалы/ Средние значения Неуверенность Замкнутость Уход от реаль-  (Н) (З) ности (Р)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Номера шкал 1 2 3  ----------------------------------------------------------------Средние значения мужчин 19.5 ± 2.01 8.1 ± 1.3 7.2 ± 1.4  Средние значения женщин 18.9 ± 1.6 7.7 ± 1.2 7.2 ± 1.6 |

Поскольку эти шкалы были объединены из ряда значительных признаков, следовательно больные с последствиями травм ОДА демонстрируют наличие у себя этих признаков.

Высокий балл по шкале «проявление неуверенности» свидетельствует о наличии в личностной структуре испытуемых враждебных импульсов, психических травм, беспомощности, незащищенности, тревожности, неполноценности, ощущения напряженности и раздражительности, потребности в физическом совершенствовании, стремления к самозащите, депрессии.

Высокий балл по шкале «проявление замкнутости» говорит о том, что больные с последствиями травм ОДА демонстрируют наличие в личностной структуре склонности к замкнутости, чрезмерное беспокойство по поводу окружающей действительности, недоступность, неадаптивность, чувство отчуждения.

Высокие значения по шкале «уход от реальности» свидетельствует о наличии в личностной структуре испытуемых острого ощущения зависимости от окружающей реальности, игнорирования традиционных вещей, бегства от действительности, фиксации на прошлом и будущем, сильного желания избежать неприятной ситуации, а также фиксации на размышлениях и фантазиях (рис.7).



**Рис.5. Показатели проявлений неуверенности,**

**замкнутости, уход от реальности**

**(у мужчин n=20, у женщин n=20)**

По результатам исследования значимых различий между мужчинами и женщинами больных с последствиями травм ОДА не выявлено, однако по полученным данным значения по шкалам «проявление неуверенности» и «проявление замкнутости» у мужчин выше, чем у женщины.

Таким образом, по результатам проведенных методик, больные с последствиями травм ОДА обладают диффузным типом отношения к болезни, включающий в себя гармонический, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни. Демонстрируют высокую ситуативную тревожность, а также умеренный уровень личностной тревожности.

Больные с последствиями травм ОДА показали высокие оценки по интернальности в семейных отношениях, межличностных отношениях и в отношении здоровья и болезней. И низкие оценки по общей интернальности, интернальности в области достижений, неудач и в области производственных отношений. Также испытуемые обладают высокими знаниями по шкалам «проявление неуверенности», «проявление замкнутости» и «уход от реальности».

* 1. **Результаты корреляционного анализа**

По результатам исследования нами были выделены признаки (таблица 5), которые вошли в корреляционную плеяду (Приложение 4).

Таблица 5

*Корреляционные признаки*

|  |
| --- |
| **№/П Корреляционные признаки Методика** |

1. Проявление неуверенности Дом-дерево-

2. Проявление замкнутости человек

3. Уход от реальности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4.  5.  6.  7.  8.  9.  10.  11.  12.  13.  14.  15.  16.  17.  18.  19.  20.  21.  22.  23.  24. | Ситуативная тревожность  Личностная тревожност  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Общая интернальность  Интернальность в области достижения  Интернальность в области неудач  Интернальность в семейных отношениях  Интернальность в области производствен-ных отношений  Интернальность в области межличностных отношений  Интернальность в отношении здоровья и болезней  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Гармоничный тип  Эргопатический тип  Анозогнозический тип  Тревожный тип  Ипохондрический тип  Неврастенический тип  Меланхолический тип  Апатический тип  Сенситивный тип  Эгоцентрический тип  Паранойяльный тип  Дисфорический тип | Шкала Спилбер-гера - Ханина  УСК  Типы отношения к болезни |

По результатам корреляционного анализа также были выделены следующие симптомокомплексы:

1. *Симптомокомплекс «Меланхолия»*

Меланхолический тип отношения к болезни (Пр.№ 19)

положительно коррелирует с апатическим типом отношения к болезни (Пр.№ 20) + 0.89; с эгоцентрическим типом (Пр.№ 22) + 0.68; с ипохондрическим типом (Пр.№ 17) +0.76; с тревожным типом (Пр.№ 16) + 0.66; с неврастеническим типом (Пр.№ 18) + 0.64; с дисфорическим (Пр.№ 24) + 0.49; с паранойяльным типом (Пр.№ 23) + 0.45; с личностной тревожностью (Пр.№ 5)+ 0.43; с интернальностью в отношении здоровья и болезней (Пр.№ 12) +0.42; с ситуативной тревожностью (Пр.№ 4) +0.37; с интернальностью в области неудач (Пр.№ 8) +0.32; с проявлением зам кнутосити (Пр.№ 2) + 0.31; также отрицательно коррелирует с анозогнозическим типом (Пр.№ 15) – 0.52; с гармоническим типом (Пр.№ 13) – 0.51; с эргопатическим типом (Пр.№ 14) – 0.45.

Это означает, что чем больше больной удручен болезнью, не верит в успех выздоровления, пессимистически смотрит на все происходящее вокруг него, тем больше он безразличен и к своей судьбе, жизни, к исходу заболевания. Он все больше «погружается в болезнь», сосредотачивается на болезненных и неприятных ощущениях, что вызывает вспышки раздражения, особенно при болях. Настроение снижено, что объясняется ожиданием предстоящей операции.

Человек обвиняет себя в приобретении заболевания, проявляет замкнутость, считает себя виноватым во всех своих неприятностях и неудачах. Чем больше преобладает меланхолический тип отношения к болезни, тем меньше человек трезво оценить свое состояние здоровья и содействовать успеху лечения, что является немаловажным аспектом в процессе выздоровления, а также больше думает о возможных последствиях заболевания, что связано с недостаточным знанием больного о лечебной перспективе.

1. *Симптомокомплекс* «Раздражительность»

Неврастенический тип отношения к болезни положитель-

но коррелирует с дисфорическим типом (Пр.№ 24) + 0.75; с меланхолическим типом (Пр.№ 19) +0.64; с апатическим типом (Пр.№ 20) +0.56; с эгоцентрическим типом (Пр.№ 22) + 0.57; с паранойяльным типом (Пр.№ 23) +0.59; с тревожным типом (Пр.№ 16) + 0.51; с ипохондрическим типом (Пр.№ 17) +0.44; с личностной тревожностью (Пр.№ 5) + 0.41; с интернальностью в отношении здоровья и болезней (Пр.№ 12) +0.39; с интернальностью в семейных отношениях (Пр.№ 9) + 0.36; и отрицательно коррелирует с анозогнозическим типом (Пр.№ 15) – 0.33; с эргопатическим типом отношения к болезни (Пр.№ 14) – 0.32.

Этот симптомокомплекс свидетельствует о том, что больной становится легко возбудим, нетерпелив, у него снижается настроение, что объясняется пребыванием в стационаре, вынужденным ограничением движений, неудобствами самообслуживания, нарушения сна в связи с особенностями лечебного положения (вытяжение, гипс, гипсовые лангеты и др.). С одной стороны, больной проявляет пессемистическое настроение по отношению к прогнозу заболевания и успеху в лечении. С другой стороны – требует исключительной заботы и особого внимания к себе. Наблюдается повышенная тревожность, размышления о возможных осложнениях болезни. Появляются идеи самообвинения в получении травмы, чувство вины, связанное с этим, а также чувство ответственности перед своей семьей и близкими, которым приходится ухаживать за ним.

1. *Симптомокомплекс «Эгоцентризм»*

Эгоцентрический тип отношения к болезни (Пр.№ 22)

положительно коррелирует с меланхолическим типом (Пр.№ 19) + 0.68; с ипохондрическим типом (Пр.№ 17) + 0.63; с тревожным типом (Пр. № 16) + 0.62; с неврастеническим типом (Пр. № 18) + 0.57; с апатическим типом (Пр. № 20) + 0.56; с проявлением неуверенности (Пр. № 1) +0.48; с личностной тревожностью (Пр.№ 5) + 0.46; с ситуативной тревожностью (Пр.№ 4) + 0.42; с признаком уход от реальности (Пр. № 3) + 0.38; с сенситивным типом отношения к болезни (Пр.№ 21) + 0.37; с интернальностью в отношении здоровья и болезней (Пр. № 12) + 0.33; с паранойяльным типом (Пр.№ 23) + 0.32; с дисфорическим типом (Пр. № 24) + 0.32; с проявлением замкнутости (Пр. № 2) + 0.35; и отрицательно коррелирует с анозогнозическим типом отношения к болезни (Пр. № 15) – 0.38.

Этот симптомокомплекс означает, что больной сконцентрирован на себе, в своем заболевании, в своих ощущениях. Он требует исключительного внимания к себе, выставляет напоказ близким и окружающим свои страдания. Наблюдается повышенная тревожность, раздражительность, нетерпимость по отношению к родным и знакомым, что на самом деле чаще обусловлено чувством страха перед предстоящей операцией и недостаточной верой в исход заболевания.

*4.Симптомокомплекс «Ответственность за свое здоровье»*

Интернальность в отношении здоровья и болезней (Пр. № 12) положительно коррелирует с интернальностью в семейных отношениях (Пр. № 9) + 0.58; с дисфорическим типом отношения к болезни (Пр. № 24) + 0.44; с паранойяльным типом (Пр.№ 23) + 0.43; с меланхолическим типом (Пр.№ 19) + 0.42; с неврастеническим типом (Пр. № 18) + 0.39; с ситуативной тревожностью (Пр. № 4) + 0.34; с эгоцентрическим типом (Пр. № 22) + 0.33 и тревожным типом отношения к болезни (Пр.№ 16) + 0.31.

Этот симптомокомплекс означает, что чем больше человек считает себя ответственным за свое здоровье, в данном случае за приобретение болезни, тем больше он пытается привлечь внимание близких и окружающих к себе и своему лечению. Он дотошно распрашивает медицинский персонал о назначенных ему лекарствах и предстоящих процедурах вплоть до мнительности и подозрительности по отношению к врачам и другим медицинским работникам. Испытуемые больные проявляют желание показать другим свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни. С другой стороны, они чувствуют большую ответственность перед семьей за временное ограничение в семейном бюджете из-за заболевания (у мужчин) и за недостаточное ведение хозяйства (уженщин).

*5. Симптомокомплекс «Тревога»*

Личностная тревожность (Пр.№ 5) положительно коррелирует с ситуативной тревожностью (Пр.№ 4) + 0.57; с тревожным типом отношения к болезни (Пр.№ 16) + 0.48; с меланхолическим типом (Пр.№ 19) + 0.43; с неврастеническим типом (Пр.№ 18) + 0.41; с интернальностью семейных отношений (Пр. № 9) + 0.37; с ипохондрическим типом отношения к болезни (Пр. № 17) + 0.34; с сенситивным типом (Пр. № 21) + 0.33; с эгоцентрическим типом (Пр.№ 22) +0.46 и отрицательно коррелирует с анозогнозическим типом (Прю. № 15) – 0.71 и эргопатическим типом отношения к болезни (Пр. № 14) – 0.31.

Этот симптомокомплекс свидетельствует о высокой тревожности больных с последствиями травм опорно-двигательного аппарата, повышенном беспокойстве в отношении возможного неблагоприятного течения болезни и возможных осложнениях заболевания.

В связи с тем, что больные имеют неполные сведения и частичные знания о лечении своего заболевания (ведь исход операции всегда гепотетичен), они могут объяснить их искаженно. Отсюда проявляются неверие в выздоровление, пессемизм и даже склонность к преувеличению своих страданий. Мысли о своей карьере и работе отодвигаются на второй план.

Тревога также выражается беспокойством по отношению к своим родным и близким, что объясняется высокой интернальностью в семейных отношениях.

**3.7.** **Результаты факторного анализа**

В результате исследования группы больных с последствиями травм опорно-двигательного аппарата, нами был произведен факторный анализ, вследствие чего выделено три фактора.

Фактор 1 «Уход в болезнь»

Ипохондрический тип отношения к болезни + 0.74.

Меланхолический тип отношения к болезни + 0.74.

Гармонический тип отношения к болезни – 0.9.

Эргопатический тип отношения к болезни – 0.79.

У больных наблюдается повышенное внимание к болезненным ощущениям, пессемистические размышления, которые препятствуют адекватной оценке своего состояния, направленной на выздоровление и содействие успеху лечения. Сочетание желания лечиться и неверие в успех.

Болезненные переживания приводят к невольному вытеснению мыслей о работе, о своей возможности выхода на работу, в чем могут проявиться психологические защитные механизмы организма, способствующие сохранению психической целостности личности.

Фактор 2 «Неуверенность»

Проявление неуверенности + 0.81.

Уход от реальности + 0.8.

Больные с последствиями травм опорно-двигательного аппарата проявляют неуверенность в себе и успехе лечения, повышенную тревожность в связи с предстоящей операцией, ограниченным движением и самооблсуживания, пребыванием в стационаре, а также в связи с недостаточным знанием о лечебной перспективе. Больные «погружаются в себя» в связи с необходимостью восстановления сил, размышлениями о жизни, о своем прошлом, настоящем и будущем и с необходимостью сна.

Фактор 3 «Агрессия в ответ на болезнь»

Дисфорический тип отношения к болезни +0.83.

Неврастенический тип отношения к болезни + 0.72.

Паранойяльный тип отношения к болезни + 0.7.

Больные с последствиями травм опорно-двигательного аппарата демонстрируют нетерпеливость, непереносимость болевых ощущений, неспособность ждать облегчения. Чувство досады и беспомощности проявляются во вспышках раздражения, особенно по отношению к своим близким. Впоследствии, при осознании своего поведения, больной раскаивается за свое поведение и несдержанность.

Таким образом, в результате проведения корреляционного и факторного анализов, можно сделать ВЫВОДЫ, что больные с последствиями травм ОДА демонстрируют у себя наличие симптомокомплексов: «меланхолия», «раздражительность», «эгоцентризм», ответственность за свое здоровье, «тревога», а также факторов «уход в болезнь», «неуверенность» и «агрессия в ответ на болезнь».

**3.8.Коррекционная работа с больными**

**с последствиями травм ОДА**

Нами был осуществлен опыт арттерапии с группой больных с последствиями травм опорно-двигателтьного аппарат а после оперативного вмешательства от 3-х до 6-ти дней.

Больным были предложены цветные карандаши, мелки, краски, фломастеры, ручки, а также были предложены следующие темы:

• «Если бы я был волшебником»

• «Мои мечты»

• «Мои фантазии»

• «Мое настроение»

• «Мои любимые и нелюбимые цветы»

• Рисунок на свободную тему.

В связи с особенностью лечебного положения 6 человек из 40 испытуемых принять участие в арттерапии не смогли (вытяжение, гипс, гипсовая лангета и т.д.).

Всего в работе приняло участие 18 мужчин и 16 женщин. За рисование брались сразу и охотно (см. Приложение ).

Наиболее избираемой темой явилась тема "Мои любимые и нелюбимые цвета". Выбор темы больные объясняли легкостью рисования, а также тем, что здесь не надо демонстрировать художественные способности. Всего на эту тему было нарисовано 10 рисунков - 5 мужчинами и 5 женщинами. Мужчины в рисунках "Любимые цвета" демонстрировали преимущественно желтый цвет, а "нелюбимые цвета" - красный и зеленый. У женщин в рисунках "Любимые цвета" преобладали красный и желтый цвет, а "нелюбимые цвета" - зеленый и коричневый.

Тему "Мои мечты" выбрали 8 человек, из них 4 мужчины и 4 женщины. Мужчины для рисования выбирали преимущественно черный и синий цвета, в сюжетах рисунков демонстрировали свои мечты о рыбалке и вождении своего автомобиля. Женщины пользовались в основном синим, зеленым и красными цветами. В сюжетах рисунков представлены дома, люди, дети, что свидетельствует об острой нехватке семьи, домашнего уюта.

Рисунок на свободную тему нарисовали 6 человек, из которых 4 мужчины и 2 женщины. Мужчины использовали преимущественно синий и фиолетовый цвета; в сюжетах рисунков изображены самолеты и воздушные шары. Это можно объяснить желанием оторваться от реальности (освободиться от вынужденного лечебного положения -гипс, вытяжение). Женщины также активно использовали синий и фиолетовый цвета, в сюжетах преобладала природа.

Тему "Мое настроение" избрали пять испытуемых - трое мужчин и две женщины. Только у одной женщины выбран для рисунка красный цвет и изображена она (по ее словам) с воздушным шариком и цветами в руках, что можно расценить как необходимость поддержки со стороны. Остальные испытуемые предпочли черный цвет, на рисунках изображены тучи, кресты, что свидетельствует о их мрачном настроении и явно депрессивном состоянии.

На тему "Мои фантазии" нарисовано 3 рисунка, из них 2 нарисовано женщинами, 1 - мужчиной. Мужчина предпочел голубой и желтый цвета, изобразил космос (звезды, земля, солнце). Обе женщины использовали синий, желтый и коричневый цвета. Одна из них изобразила открытое море, объясняя это тем, что очень хотела бы летом поехать отдыхать на юг.

Тему "Если бы я был волшебником" использовали двое испытуемых - 1 женщина и 1 мужчина. Женщина синим цветом нарисовала маленького волшебника с волшебной палочкой в руках. Объяснила свой рисунок тем, что если бы она была волшебником, то исполняла бы маленькие, но заветные желания всех окружающих.

Мужчина голубым цветом изобразил себя играющего на рояле. У него перелом пальцев руки и, по его словам, после получения этой травмы, он подумал, что бы с ним было, если бы он был пианистом. После лечения твердо намерен учиться игре на фортепиано.

В целом на рисунках преобладали синий, фиолетовый цвета, что свидетельствует о необходимости мобилизации сил и неготовности отдавать энергию во вне. В то же время черные тона не являются доминирующими, что говорит о не сильно выраженной депрессивной реакции на ситуацию болезни, а скорее о понимании, что эта ситуация временна. Маловыраженны красный и желтый цвета, что говорит о невысокой энергетике больных, о направлении сил на восстановление нарушенных функций.

ВЫВОДЫ

В результате проведенного экспериментального исследования можно сделать следующие выводы.

Для больных с последствиями травм ОДА характерна высокая интернальность в межличностных отношениях, в том числе в семейных отношениях, а также в отношении своего здоровья. Больные обладают высокой ситуативной тревожностью и умеренным уровнем личностной тревожности. Тревожность у женщин преобладает над тревожностью мужчин. Испытуемые демонстрировали замкнутость, неуверенность и уход от реальности. Проявление неуверенности и замкнутости у мужчин более выражено, чем у женщин.

2.У больных с последствиями травм ОДА наиболее выражены гармонический, эргонатипический и анозогнозический типы отношения к болезни. По эргонатипическому, анозогнозическому и паранойяльному типам отношения к болезни мужские показатели превышают женские. Тогда как женские значения по тревожному, ипохондрическому, неврастеническому и эгоцентрическому типам отношения к болезни выше, чем мужские.

3.Использование различных приемов и техник арттерапии способствует формированию позитивного отношения к болезни и лечению. Они могут быть успешно использованы как приемы коррекционной работы с больными с последствиями травм ОДА на ранних сроках реабилитации.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Таким образом, по результатам нашего исследования можно сказать, что больные с последствиями травм ОДА обладают высокой интернальностью в семейных отношениях, в межличностных отношениях и в отношении своего здоровья. Они считают себя во многом ответственными за свое здоровье. Берут на себя ответственность за события, происходящие в их семейной жизни., а также чувствуют себя способными вызвать к себе уважение и симпатию других людей. С другой стороны, испытуемые не видят связи между своими действиями и значимыми для них событиями их жизни, приписывают свои успехи счастливой судьбе, а неудачи - невезению.

У бельных наблюдается высокая ситуативная тревожность, что объясняется экстраординарностью самой ситуации, неожиданностью возникновения травмы, внезапно нарушившей привычный ход событий. В то же время следует отметить, что личностная тревожность у всех ниже ситуативной и, в среднем, умеренная, что свидетельствует о готовности к адаптации этих больных к неожиданным ситуациям, стабильности личности, способности формирования позитивного прогноза, выхода из болезни, мобилизации сил и конструктивной перестройки своих ближайших планов.

У испытуемых наблюдалась неуверенность, замкнутость и депрессивные реакции, что связано с реакцией на болезнь, на недостаточность прогноза восстановления, вынужденное ограничение подвижности. В ряде случаев наблюдался "уход от реальности" (по методике "дом-дерево-человек"), что также обусловлено нежеланием и неготовностью к общению с другими людьми в силу своего болезненного состояния, за исключением близких и родственников.

У больных с последствиями травм ОДА преобладает гармонический тип отношения к болезни, что говорит о достаточно трезвой оценке своего состояния и стремлением содействовать успеху своего лечения. Также выделились эргонатипический (уход в работу) и анозогнозический (отказ от лечения) типы отношения к болезни. Но в целом можно сказать, что испытуемые обладают небольшой выраженностью социальной адаптации в связи с травмой.

В результате корреляционного и факторного анализов можно сказать, что больные с последствиями травм ОДА обладают качествами, исходящими из целого ряда симптомокомплексов:

-меланхолия;

-раздражительность;

-эгоцентризм;

-ответственность за свое здоровье;

-тревога.

А также таких факторов, как "уход в болезнь", "Неуверенность" и "агрессия в ответ на болезнь".

В целом внутренняя картина болезни испытуемых носит негативную окраску, что обусловлено, прежде всего, временной, а в тяжелых случаях - очень длительной или постоянной потерей трудоспособности, невозможностью вести полноценную жизнь.

По результатам нашего исследования можно сделать заключение, что у 80% больных с последствиями травм ОДА получению травмы предшествовало нервно-психическое напряжение (хроническая или острая психическая травма), а также нервное или физическое перенапряжение, способствующие снижению концентрации внимания, быстроты реакции, осторожности. Это обстоятельство делает возможным планировать меры по профилактике травматизма с использованием методов санитарно-просветительной работы среди населения и СМИ.

При коррекции эмоционального состояния больных с последствиями травм ОДА, по нашим наблюдениям, важным является проведение рациональной психотерапии лечащими врачами в виде беседы, в процессе которой фактически корректируется внутренняя картина болезни. Такие беседы помогают снять у больных ипохондрические и депрессивные настроения, вселить в них веру на выздоровление. В то же время, если беседа проведена очень сжато, у больного остается множество вопросов, что способствует появлению страхов, депрессии, пессимистического прогноза. Все это, в свою очередь, понижает силы больного и ухудшает восстановительный процесс.

Наряду с описанными мерами, способствующими коррекционной работе, эффективной мерой является терапия занятостью (косвенная терапия), предполагающая прослушивание радио- и телепередач, общение с другими больными, особенно с теми из них, кто готовится к выписке. Это способствует формированию в сознании больного позитивного взгляда на лечебную перспективу, помогает ему понять, что он не одинок.

Использование арттерапии как психологической коррекции при лечении больных с последствиями травм ОДА позитивно сказалось на наших испытуемых. Такие занятия способствовали понижению эмоциональной напряженности, повышению настроения. Нам представляется, что можно разнообразить технику арттерапии, например, с помощью использования техники коллажа (вырезание и наклеивание фигур на заданную тему). Такую технику можно использовать в том случае, когда больной ссылается на неумение рисовать или на начальных этапах коррекционной работы. Можно также использовать технику оригами (сложение фигур из бумаги). Эта техника выступает еще и как прием, восстанавливающий моторику.

Возможно также использование во время занятий с больными природных материалов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Альманах психологических тестов. Психология личности. Рисуночные тесты КСП.-М., 1997.
2. Альманах психологических тестов. Психология личности. Рисуночные тесты КСП.-М., 1996.
3. Бажин У.Ф., Галынкина Е.А., Эткинд А.М. Методика определения субъективного контроля. Методические рекомендации.-М., 1984.
4. Бажин У.Ф., Галынкина Е.А., Эткинд А.М. Методические исследования уровня субъективного контроля.// Психологический журнал.-М., 1984.
5. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека.-М., 1988.
6. Бодалев А.А. Общение и формирование личности //Социальная психология личности.-М.: Наука, 1979.
7. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы.-М.: Ин-т психологии РАН,1995.
8. Брайтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. Краткий учебник./Пер с нем.-М., 1999.
9. Волынская Л. Локус-контроля и мироощущение личности. // Прикладная психология и психоанализ.-М., 1999.
10. Георгиевский Г.Н. Методология и методика научно-исследовательских работ в медицине.-Л., 1981.
11. Дэвид Г. Метод парных сравнений./Пер. с англ.-М., 1978.
12. Елисеев О.П. Конструктивная психология и психодиагностика личности. Практическая психология.-Псков, 1994.
13. Ефимов А.П. и др. Оценка состояния больных ортопедо-травматологического профиля в процессе реабилитации экспертным методом //Ортопедия, травмотология и протезирование.- 1985.- № 5.-С.52-56.
14. Ильин Е.П. Эмоции и чувства.-СПб.:ПИТЕР, 2001.
15. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. «Концепция отношений» В.Н. Мясищева. Патогенетическая концепция неврозов //Обозрение психиатрии и медицинской психологии им.В.М.Бехтерева.-1996.-№№ 3,4.
16. Казначеев В.П. Современные проблемы адаптации.-Новосибирск, 1980.
17. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология.-СПб., 1986.
18. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине.-Прага, 1983.
19. Копытин А.И. Основы арт-терапии.-СПб., 1999.
20. Копытин А.И. Системная арт-терапия.-СПб., 2001.
21. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования //Эмоциональный стресс.-Л., 1970.
22. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология.-М., 1984.
23. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. -М., 1970.
24. Марищук В.Л. Эмоции в спортивном стрессе.-СПб.:КВИФК, 1995.
25. Марищук В.Л., Евдокимов В.И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса.СПб.:Изд.Дом «Сентябрь», 2001.
26. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: методические рекомендации.-Л., 1987.
27. Миронова З.С., Морозова Е.М. Спортивная травмотология.-М.: «Физкультура и спорт», 1976.
28. Мясищев В.Н. Персонология, психология и медицина.//Клинико - психологические исследования.-Л., 1971.
29. Немов Р.С. Психология. Учебник. В 3-х кн. Кн.1. Общие основы психологии.- М.: Просвещение, ВЛАДОС, 1995.
30. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения.-Л.: ЛГУ, 1983.
31. Проективная психология /Пер с англ.-М.: ЭКСМО, 2000.
32. Психологическая помощь и консультирование в практической психологии /Под ред.Тутушкиной.-СПб.: 2001.
33. Псохотерапевтическая энциклопедия /Под ред. Б.Д.Карвасарского.-СПб., 1999.
34. Рогов Е.И. Учитель как объект психологического исследоваия.-М., 1998.
35. Психический стресс в спорте: Материалы П Всесоюзного симпозиума.-Пермь, 1975.
36. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме.-М.: Медицина, 1960.
37. Селье Г. Стресс без дистресса.-М., 1982.
38. Столяренко Л.Д., Столяренко В.Е. Психология. Учебник.- Ростов н/Д.: «Феникс», 2000.
39. Стресс и тревога в спорте.-М., 1983.
40. Уколова М.А., Гаркави Л.Х., Квакчма Е.С. Место стресса в адаптационной деятельности организма //Стресс и его патогенетические механизмы. Материалы Всесоюзного симпозиума.-Кишинев, 1973.-с.39-41.
41. Фетискин Н.П. О повышении эффективности психодиагностики эмоциональных сосояний. Сборник материалов Всесоюзного симпозиума. Ч.1.-М.,1990.
42. Фрустрация, конфликт, защита // Вопросы психологии.-1991.- № 1.
43. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д.Спилбергера.-Л., 1976.
44. Шутценбергер А.А. Тяжелобольной пациент //Вопросы психологии.-1990.-№ 5.

Приложение 1

**Бланк Тест-рисуночного опроса**

**Ч1.** Это мужчина или женщина (мальчик или девочка)?

**Ч2.** Сколько ему (ей) лет?

**Ч3.** Кто он?

**Ч4.** Это Ваш родственник, друг или кто-нибудь другой?

**Ч5.** О ком Вы думали, когда рисовали?

**Ч6.** Что он делает? (и где он в это время находился?)

**Ч7.** О чем он думает?

**Ч8.** Что он чувствует?

**Др.1.** Что это за дерево?

**Др.2.** Где в действительности находится это дерево?

**Др.3.** Каков приблизительный возраст этого дерева?

**Др.4.** Это дерево живое?

**Др.5.**

А.(Если испытуемый считает, что дерево живое).

а)Что именно на рисунке подтверждает, что дерево живое?

б)Нет ли у дерева какой-то мертвой части?

в)Чем, по Вашему мнению, вызвана гибель дерева?

г)Как Вы думаете, когда это произошло?

**Б.** (Если испытуемый считает, что дерево мертвое).

а)Чем, по-вашему вызвана гибель дерева?

б)Как Вы думаете, когда это произошло?

**Др.6.** Как вы думаете, на кого это дерево больше похоже на мужчину или женщину?

**Др.7.** Что именно в рисунке подтверждает Вашу точку зрения?

**Др.8.** Если бы здесь вместо дерева был человек, в какую сторону он бы смотрел?

**Др.9.** Это дерево стоит отдельно или в группе деревьев?

**Др.10.** Когда Вы смотрите на рисунок дерева, как Вам кажется, оно расположено выше Вас или находится на одном уровне?

**Др.11.** Как Вы думаете, какая погода на этом рисунке?

**Др.12.** Есть ли на этом рисунке ветер?

**Др.13.** Покажите мне, в каком направлении дует ветер?

**Др.14.** Расскажите подробнее, что это за ветер?

**Др.15.** Если бы на этом рисунке Вы нарисовали солнце, где бы оно располагалось?

**Др.16.** Как Вы считаете, солнце находится на севере, востоке, юге или западе?

**Д.1.** Сколько этажей у этого дома?

**Д.2.** Этот дом кирпичный, деревянный или еще какой-нибудь?

**Д.3.** Это Ваш дом? (если нет, то чей он?)

**Д.4.** Когда Вы рисовали этот дом, кого Вы представляли себе в качестве его хозяина?

**Д.5.** Вам бы хотелось, чтобы этот дом был Вашим?

**Д.6.** Если бы этот дом был Вашим и Вы бы могли распоряжаться им так, как Вам хочется:

а) Какую комнату Вы бы выбрали для себя?

б) С кем бы хотели жить в этом доме?

**Д.7.** Когда Вы смотрите на рисунок дома, он Вам кажется расположенным близко или далеко?

**Д.8.** Когда Вы смотрите на рисунок дома Вам кажется, что он расположен выше Вас, ниже Вас или примерно на одном уровне с Вами?

**Д.9.** О чем Вас заставляет думать этот дом?

**Д.10.** О чем он Вам напоминает?

**Д.11.** Этот дом приветливый, дружелюбный?

**Д.12.** Что именно на рисунке производит на Вас такое впечатление?

**Д.13.** Считаете ли Вы, что эти качества свойственны большинству домов? Почему?

**Д.14.** Какая, по Вашему мнению, погода на этом рисунке?

**Др.17.**О чем Вас заставляет думать это дерево?

**Др.18.** О чем оно Вам напоминает?

**Др.19.** Это дерево здоровое?

**Др.20.** Что именно на рисунке производит на Вас такое впечатление?

**Др.21.** Это дерево сильное?

**Др.22.** Что именно в рисунке производит на Вас такое впечатление?

**Ч9.** О чем Вас заставляет думать нарисованный человек?

**Ч10.** Кого Вам напоминает этот человек?

**Ч11.** Этот человек здоров?

**Ч12.** Что именно на рисунке производит на Вас такое впечатление?

**Ч13.** Этот человек счастлив?

**Ч14.** Что именно на рисунке производит на Вас такое впечатление?

**Ч15.** Что Вы чувствуете по отношению к этому человеку?

**Ч16.** Считаете ли Вы, что это характерно для большинства людей? Почему?

**Ч17.** Какая на Ваш взгляд погода на рисунке?

**Ч18.** Кого напоминает Вам этот человек?

**Ч19.** Чего больше хочет человек? Почему?

**Др.23.** Кого Вам напоминает это дерево?

**Др.24.** В чем больше всего нуждается это дерево?Почему?

**Д.15.** О ком Вас заставляет думать этот дом? Почему?

**Д.16.** В чем больше всего нуждается этот дом? Почему?

**Д.17.** Куда ведет этот дымоход?

**Д.18.** Куда ведет эта дорожка?

**Д.19.** Чем бы вместо дерева (куста, ветряной мельницы или любого другого объекта на рисунке, не имеющего отношения к самому дому) был человек, то кто бы это мог быть?

**Др.25.** Если бы вместо птицы (другого дерева или другого объекта на рисунке, не имеющего отношения к основному дереву), был человек, то кто бы это мог быть?

**Ч20.** Как идет этот человек?

Приложение 2

**Характеристика объектов исследования (М-20 чел)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №/П | Ф И О | Возраст | Профес-сия | Сем.положение | Дата травмы | Дата операции | ДИАГНОЗ |

1. Антонов Л.С. 31г докер + 23/01 28/02 Перелом

плеча

2. Балясников А.И. 55л Препод. - 23/12 26/12 Перелом

истории лодыжек

3. Вабищевич С.С. 48л ювелир - 16.01 21.01 Перелом

голени

4. Варгин С.Э. 41г менеджер + 1.02 6.02 Перелом

плеча

5. Вераксо А.И. 43г врач-эн- + 14.03 18.03 Перелом

докринолог лодыжек

6. Данишевский Д.А. 40л художник - 8.01 15.01 Перелом +

гемартроз

коленного

сустава

7. Евгеньев Р.В. 25л студент - 10.03 13.03 Перелом луча

в типичном

месте

8. Захаров Т.П. 55л вахтер + 13.02 20.02 Перелом

предплечья

9. Зернов Ю.К. 51г инженер + 28.03 30.03 Разрыв связок

коленного

сустава

10.Колесников С.В. 32г бизнесмен + 5.02 9.02 Перелом плеча

и предплечья

11.Князев А.И. 34г водитель + 5.02 9.02 Перелом с/з

бедра

12.Лебедев А.А. 29л торг.агент - 17.01 21.01 Перелом

голени

13.Левин А.П. 53г предприни- + 30.03 2.04 Перелом луча

матель в типичном

месте

14.Максимов В.И. 39л грузчик + 30.03 7.03 Перелом

голени

15.Рымарев О.В. 37л водитель + 21.02 25.03 Перелом

предплечья

16.Семенов А.С. 45л механик + 28.02 3.03 Перелом плеча

17.Тимофеев Д.А. 52г токарь -(вдовец)5.03 9.03 Перелом луча

в типичном

месте

18.Чащин В.А. 33г механик + 5.03 9.03 Перелом 2,3,4

пальцев

лев.кисти

19.Шагалин А.Д. 23г грузчик - 3.02 9.02 Перелом н/з

пр.бедра

20.Фетисов Д.Ю. 30л водитель + 10.04 14.04 Перелом

1,2,3,4

пальцев

пр.ноги

## Приложение 3

**Характеристика объектов исследования (Ж- 20 чел)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №/П | Ф И О | Возраст | Профес-сия | Сем.положение | Дата травмы | Дата операции | ДИАГНОЗ |

1. Гриценко И.В. 32г Домохозяйка + 1.03 8.03 Перелом с/з

Бедра

2. Дмитриева Е.В. 36л Парикмахер + 28.12 4.01 Перелом луча в

типичном месте

3. Ищук А.В. 27л Уборщица - 13.01 17.01 Перелом пред-

плечья

4. Маркова В.Г. 25л Мед/сестра + 3.02 8.02 Перелом голени

5. Михеева И.С. 34г Торг-агент - 19.01 23.01 Перелом пред-

плечья

6. Немировская Л.Н. 31г Продавец - 30.12 8.01 Перелом бедра

7. Никандрова И.Г. 34г Д/хоз-ка + 14.03 17.03 Перелом лодыжек

8. Павлова Э.Д. 47л Товаровед - 14.03 19.02 Перелом голени

9. Полянская Г.И. 43г Бухгалтер + 7.01 10.01 Перелом обеих

лодыжек

10.Речная А.И. 52 г Воспитатель + 30.01 8.02 Перелом плеча

я/сад

11.Румянцева Е.П. 50л Пенсион. + 1.03 5.03 Перелом луча в

типичном месте

12.Рябкова Л.А. 39л Д/Хоз-ка + 1.03 4.03 Перелом лодыжек

13.Свойская Л.Э. 53г Преп.рус.яз + 23.03 27.03 Перелом голени

и лит-ры

14.Семашко Е.В. 34г Спортсменка + 3.03 2.04 Разрыв ахилла

15. Сидиева Т.А. 26л Д/Хоз-ка + 16.01 20.01 Перелом надко-

ленника (+

гемартроз)

16. Сидорова В.А. 42г Мед/с - 28.03 6.04 Перелом в/з

бедра

17. Трумуль В.А. 47л Искусствовед – 3.02 6.02 Перелом луча в

типичном месте

18. Усачева Н.И. 45л Повар + 1.04 4.01 Перелом лодыжки

и голени

19. Енчикова Т.И. 24г Студентка + 28.03 2.04 Перелом пред-

плечья

20. Хваткова Е.А. 51г Пенсион. + 4.03 12.03 Перелом шейки

бедра

1. 1 Мясищев В.Н. Персонология, психология и медицина. // Клинико-психологические исследования личности.-Л., 1971, с.6. [↑](#footnote-ref-1)
2. 2 Бодалев А.А. Общение и формирование личности. // Социальная психология личности.-М.:Наука, 1979, с.28-29. 1971, с.6. [↑](#footnote-ref-2)
3. 3 Немов Р.С. Психология: Учебник. В 3 кн. Кн.1. Общие основы психологии.-М.:Просвещение, ВЛАДОС, 1995,с.284. [↑](#footnote-ref-3)
4. 4 Немов Р.С. Указ соч., с.288. [↑](#footnote-ref-4)
5. 5 Лурия Р. А.Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания.-М., 1977. [↑](#footnote-ref-5)
6. 6 Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме.-М.: Медицина, 1960; Он же: Стресс без дистресса.-М., 1982.; Марищук В.Л., Евдокимов В.И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса.-СПб., 2001; Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования //Эмоциональный стресс.-Л., 1970;Бодров В.А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы.-М.:Институт психологии РАН, 1995. [↑](#footnote-ref-6)
7. 7 Ильин Е.П. Эмоции и чувства.-СПб.: ПИТЕР, 2001, с.206. [↑](#footnote-ref-7)
8. 8 Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека.-М., 1988. [↑](#footnote-ref-8)
9. 9 Стресс и тревога в спорте.-М., 1983. Психический стресс в спорте: Материалы П Всесоюзного симпозиума.-Пермь, 1975; Марищук В.Л. Эмоции в спортивном стрессе.-СПб.: КВИФК, 1995;Миронова З.С., Морозова Е.М. Спортивная травмотология.-М.: Физкультура и спорт, 1976 и др. [↑](#footnote-ref-9)
10. 10 Ефимов А.П. и др. Оценка состояния больных ортопедо-травматологического профиля в процессе реабилитации экспертным методом.// Ортопедия, травматология и протезирование.-1985.-№ 1.-С.52-56. [↑](#footnote-ref-10)