КОМИТЕТ ОБЩЕГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

автономное образовательное учреждение высшего профессионального образования

«ЛЕНИНГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

им. А.С.ПУШКИНА»

Факультет психологии

На правах рукописи

ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ ПОДРОСТКОВ

С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Санкт-Петербург 2009 г.

**Содержание**

Введение

Глава 1. Специфика внутренней картины болезни

1.1Понятие внутренней картины болезни

1.2. Факторы, влияющие на формирование внутренней картины

болезни

1.3. Типы отношения к болезни

1.4 Особенности психического состояния и поведения больных с патологией опорно-двигательного аппарата

1.5. Психолого-педагогическая характеристика детей, получивших травмы

1.6. Госпитализация, как психотравмирующий фактор

Глава 2. Организация и методы исследования

2.1. Характеристика выборки

2.2. Описание и обоснование методик

Глава 3. Результаты исследования

3.1.Сравнительная характеристика личностных особенностей подростков с диагнозом сколиоз и компрессионный перелом

3.2Сравнительная характеристика типов отношения к болезни подростков с диагнозом сколиоз и компрессионный перелом

3.3Сравнительная характеристика уровня депрессии и уровня невротизации подростков с диагнозом сколиоз и компрессионный перелом

3.4Корреляционный анализ эмпирического материала

Заключение

Выводы

Список литературы

**Введение**

За последние десятилетие в мире и в нашей стране отмечается увеличение числа детей инвалидов, в том числе с ортопедией.

В Санкт-Петербурге существует Восстановительный Центр Детской Ортопедии и Травматологии «Огонёк», который специализируется на реабилитации детей с ортопедической патологией. Так в 2007 году в «Огоньке» получили лечение 1410 детей, среди них 620 детей с различными видами сколиоза, 400 с компрессионными переломами позвоночника. За последние пять лет количество пациентов «Огонька» увеличилось, что является следствием роста патологий опорно-двигательного аппарата, а также высокого травматизма детей в городе.

Прогрессирование детской ортопедической патологии и травматизма, диктует необходимость опережающей тактики консервативного и хирургического лечения, а также психолого-педагогической реабилитации детей одновременно.

Системная медико-психологическая реабилитация предполагает, что больной наряду с врачом вступает лечебный процесс как субъект. Адекватно сформированное субъективное отношение ребёнка к своему недугу, желание помочь самому себе и ответственное отношение к своему здоровью являются важными факторами, сказывающими влияние на эффективность лечения, успешность психологической и социальной адаптации, повышение качества жизни, а также, указывает на возможные пути психолого-педагогической профилактики дезадаптивных срывов и кризов.

Возникает актуальная проблема тщательного изучения субъективного отношения к болезни для боле эффективной медико-психологической реабилитации.

Цель исследования: изучение отношения к заболеванию у детей с диагнозом сколиоз и компрессионный перелом.

Объект: подростки в возрасте 12-13 лет с диагнозами сколиоз 1-3 степени, находящиеся на восстановительном лечении в ВЦДО и Т «Огонёк» (Восстановительный Центр Детской Ортопедии и Травматологии) – 25 человек; и подростки в возрасте 12-13 лет, находящиеся на реабилитации в ВЦДО и Т «Огонёк» (Восстановительный Центр Детской Ортопедии и Травматологии) после перенесённого компрессионного перелома – 25 человек.

Предмет: особенности внутренней картины болезни у детей с патологией позвоночника.

Гипотеза: отношение к своему заболеванию у подростков с различными диагнозами будет различно.

Проверка гипотезы и достижение цели исследования предполагает решение следующих задач:

изучение личных особенностей подростков с диагнозом сколиоз и с диагнозом компрессионный перелом;

выявление уровня депрессии;

выявление уровня невротизации;

выявление типа отношения к болезни;

раскрытие внутренней картины болезни;

Дипломное исследование состоит из введения, трёх глав, заключения, библиографии.

**ГЛАВА 1. Специфика внутренней картины болезни**

**1.1 Понятие «внутренняя картина 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 (Лурия А.Р., 1977). Переживания личностью страданий известны и давно описаны. Знаменитые врачи прошлого С.П. Боткин, В.М. Бехтерев, Н.М. Филатов ориентировали на необходимость лечения больного, а не только симптомов болезни. Они требовали понимания личности больного и учёта её особенностей в процессе диагностики и лечения. Влияние болезни на психологическое состояние пациентов изучалось многими специалистами. При этом, механизм формирования реакций личности на болезнь каждый из них понимал по-своему.

Все ощущения, переживания, настроение больного вместе с его собственными представлениями о своей болезни Гольдшейдер (1929) назвал аутопластической картиной болезни и отнёс сюда не только субъективные симптомы больного, но и ряд сведений о болезни, которыми располагает больной из прежнего знакомства с медициной, из литературы, из бесед с окружающими, из сравнения себя с аналогичными больными и т. д.

В общем виде аутопластическая картина болезни 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.

Р. Конечный, М. Боухал также выделяют в аутопластической картине болезни две составляющие – эмоциональную и волевую. Эмоциональная сторона – это страх, тревога, надежда, т.е. эмоциональные переживания, а волевая – это усилия, направленные на борьбу с болезнью и заботу о своём здоровье (Исаев Д.Н., 2005).

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.

Проблему существования внутренней картины болезни впервые поднял А.Р.Лурия, говоря о том, что нельзя рассматривать отдельно субъективные жалобы и объективные симптомы болезни (Лурия А.Р., 1977). Под внешней картиной болезни он понимал не только внешний вид больного, но и то, что врачу удаётся получить всеми доступными методами исследования, всё, что можно описать и зафиксировать графически числами, кривыми, рентгенограммами и т.д. Внутренняя же картина болезни – это то, «что испытывает и переживает больной, вся его масса ощущений, не только местных болезненных, но его самочувствие, самонаблюдение, его представление о болезни, о её причинах, всё то, что связано для больного с приходом к врачу, - весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» (Лурия А.Р.,1977).

Оценить психосоматическую ситуацию, в которую попадает каждый пациент, возможно, изучив его внутреннюю картину болезни. Психосоматическая ситуация создаётся переживаниями страдающего от соматических нарушений больного ребенка. Это не только невозможность играть, участвовать в любимых занятиях, учиться, но и отношение к больному близких родственников, окружающих взрослых и детей. Кроме того, психосоматическая ситуация – это череда надежд, разочарований пациента по поводу выздоровления и лечения, перспектив жизни и окружения и, в то же время, это его ропот, попытки защищаться, бороться за свой социальный статус, а в некоторых случаях – отчаяние и апатия.

Чем младше ребёнок, тем больше формирование его внутренней картины болезни отлично от взрослых. Внутренняя картина болезни может быть фактором и положительным, и отрицательным. Она влияет на проявление и течение заболевания, на отношения в семье, успеваемость, оказываясь причиной душевных конфликтов, иногда приводящих к невротическим наслоениям.

В структуре внутренней картины болезни можно выделить сензитивный и интеллектуальный уровень. По мнению А.Р. Лурии, первый составляют субъективные ощущения, исходящие из конкретного местного заболевания или патологического изменения общего состояния больного, а также локальные боли и расстройства. Второй уровень создан уже самим больным, размышлением о своей болезни, своём самочувствии и состоянии, знанием о своей болезни, её оценкой (Лурия А.Р., 1977).

Многолетние исследования позволили создать модель внутренней картины болезни (Смирнов В.М., 1975; Резников Т.Н., 1976; Вассерман Л.И., 1989). Эта модель представляет внутреннюю картину болезни в виде единства и взаимодействия двух блоков: внутриличностной структуры, состоящей из множества взаимосвязанных психологических компонентов, и нейрофизиологического базиса (Резникова Т.Н., 1998). Это понимание внутренней картины болезни основано на концепции В.М. Смирнова и Ю.С. Бородкина (1975) об искусственных стабильных функциональных связях, которые формируются независимо от воли и сознания человека без участия его мотиваций и потребностей. По мнению авторов, эта модель облегчает изучение реакции личности на болезнь, прогнозирует её течение и создаёт возможности для немедикаментозного физиологического воздействия на различные структуры внутренней картины болезни.

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.

**1.2 Факторы, влияющие на формирование внутренней картины болезни**

Многими учеными установлена существенная связь между субъективным и объективным в аутопластической картине болезни. Возможно либо совпадение субъективного состояния с данными объективного исследования, либо существенное расхождение с ними. Таким образом, может возникнуть ряд новых ощущений несуществующей болезни, которые пышно развиваются в сознание человека вполне закономерно вследствие теснейшей связи психической и соматической его жизни (Лурия А.Р., 1977).

По мнению И.К. Менделевича, тип реагирования на соматическое заболевание связан, в первую очередь, с оценкой больного его тяжести. При этом автор рассматривает феномен «объективной тяжести болезни» и «субъективной тяжести болезни» (Менделевич И.К., 1999)

Термины «объективная» и «субъективная» автор заключает в кавычки, так как, по его мнению, практически невозможно количественно оценить тяжесть заболевания. Однако, относительно уровня развития медицины можно говорить о том, что некоторые заболевания тяжелее других (к примеру, на основании критерия летальности, вероятности потери трудоспособности и инвалидности).

Субъективное отношение к болезни формируется на базе различных факторов, которые можно сгруппировать в социально-конституциональную группу и индивидуально-психологическую. При этом многие специалисты под социально-конституциональными параметрами понимают влияние пола, возраста и профессии человека, а под индивидуально-психологическими – свойства темперамента, особенности характера, качества личности, мировоззрение и т.д.

Д.А. Шкуренко было подробно рассмотрено влияние различных факторов на формирование внутренней картины болезни (Шкуренко Д.А., 2002).

ВОЗРАСТ. При формировании субъективного отношения к болезни и становлении определённого типа реагирования на неё возрастные особенности имеют очень большое значение. В детском возрасте на первое место выходит инстинктивная (первосигнальная), эмоциональная сторона болезни и ситуация вокруг неё: боль, страх боли и всего неизвестного, разлука с родителями, ограничение свободы передвижения.

 Для детей, подростков, юношей наиболее тяжёлыми в психологическом отношении оказываются болезни, которые изменяют внешний вид человека, делают его непривлекательным. Это связано с системой ценностей, расстановкой приоритетов, имеющихся у больного ребенка. Для него наивысшую ценность приобретает удовлетворение собственной внешностью. Таким образом, более тяжёлые психические реакции могут вызвать болезни, не носящие с медицинской точки зрения угрозы для жизни. К ним относятся любые болезни, изменяющие внешность, калечащие травмы и операции (Менделевич И.Г., 1999).

ПОЛ человека, безусловно, оказывает влияние на субъективное отношение к болезни и формирования типа реагирования на заболевание. Корреляцию с полом человека имеют такие характеристики, как переносимость женщинами болевых ощущений, состояний длительной ограниченности движений и обездвиженности. Этот факт может быть объяснён как психофизиологическими особенностями пола, так и психологическими традициями роли женщин и мужчин в определённых обществах и культурах. Мужчины же гораздо хуже, чем женщины эмоционально переносят длительный период ограничения движений и полной обездвиженности (Ефимов А.П., 1985). Подтверждение этому мы находим в травматологических отделениях, где пациенту зачастую приходится находиться в вынужденной позе в течение достаточно длительного периода времени.

ХАРАКТЕР является прижизненным образованием и может трансформироваться в течение всей жизни. Формирование характера происходит в различных по своим особенностям и уровню развития группах (семья, дружеская компания, класс и т.д.). В зависимости от того, какая группа для личности является референтной и какие ценности она поддерживает и культивирует, у человека развиваются соответственные черты характера. Под чертами характера понимают психические свойства человека, определяющие его поведение в типичных обстоятельствах, в том числе выработка того или иного типа реагирования на болезнь (Мясищев В.Н., 1971).

И К. Менделевич говорит о том, что субъективное отношение к болезни формируется на основании семейного воспитания и, в частности, воспитания отношения к больным, способам переносимости болезней, определение места параметра здоровье – болезнь в иерархии ценностей ребёнка (Менделевич И.К., 1999).

Р. Конечный также подчёркивает, что немаловажную роль при формировании типа реагирования на болезнь играют ценности (хотя бы и подсознательные), такие, например, как удобства, здоровье, личный успех и чувство ответственности (Конечный Р., Боухал М., 1983). Огромную роль у детей и подростков играет удовлетворенность собственной внешностью. Физическая болезнь или увечье значительно меняют субъективную ценность различных частей тела.

И.И. Мамайчук отмечает, что неблагоприятное влияние на становление характера оказывает семья больного ребёнка и их болезненные переживания по поводу физического дефекта ребёнка, воспитание по типу гиперопеки. Такой стиль мешает ребёнку в дальнейшем адаптироваться к окружающей среде, способствует повышенной фиксации на своём физическом дефекте и отклонению в поведении. В дальнейшем это особо проявляется в незрелости психики, в наличии эгоцентрических установок (Мамайчук И.И., 1986).

ТЕМПЕРАМЕНТ. Большинство исследователей сегодня признают, что темперамент – это биологический фундамент, на котором личность формируется как социальное существо, а свойства личности, обусловленные темпераментом, являются наиболее устойчивыми и долговременными.

Б.М.Теплов даёт следующее определение темперамента: «темпераментом называется характерная для данного человека совокупность психических особенностей связанных с эмоциональной возбудимостью, т.е. быстротой возникновения чувств, с одной стороны, и силой их – с другой» (Теплов Б.М., 1985). Таким образом, темперамент имеет два компонента – активность и эмоциональность.

Активность темперамента характеризует степень энергичности, стремительности, быстроты или, наоборот, медлительности и инертности. В свою очередь эмоциональность характеризует протекание эмоциональных процессов, определяя знак (положительный или отрицательный) и модальность (радость, горе, страх, гнев и т.д.).

С древнейших времен были выделены 4 типа темперамента:

сангвиник - живой, подвижный, эмоциональный, отзывчивый;

холерик - бурный, порывистый, горячий и резкий;

флегматик - спокойный, медлительный, эмоционально устойчивый;

меланхолик - угрюмый, подавленный, робкий, нерешительный (Лебединский М.С., Мясищев В.Н., 1966).

Благодаря его исследованиям И. П. Павлова в психологии сложились представления о темпераменте как о свойстве личности. Б.М.Теплов определил современный взгляд на проблему темперамента. Автор относил к свойствам темперамента устойчивые психические свойства, характеризующие динамику психической деятельности. Индивидуальные особенности темперамента он объяснил развитием тех или иных свойств. К числу наиболее значимых свойств темперамента были отнесены следующие:

1. эмоциональная возбудимость (способность реагировать на очень слабые внешние и внутренние воздействия);

2. возбудимость влияния (способность замечать предельно малое изменение интенсивности воздействующего раздражителя);

сила эмоций (интенсивность и модальность эмоциональных проявлений);

3. тревожность (эмоциональная возбудимость в угрожающей ситуации);

4. реактивность непроизвольных движений (увеличение интенсивности приспособительных реакций к ситуациям и раздражителям);

5. активность волевой целенаправленной деятельности (повышение активности приспособления путём преобразования ситуации в соответствие поставленной сфере);

6. резистентность (способность оказывать сопротивление тормозящим условиям);

7. пластичность – ригидность (приспособление к изменяющимся требованиям деятельности);

8. субъективация (усиление степени опосредование деятельности) (Теплов Б.М., 1985).

По мнению М.С.Лебединского, параметрами темперамента, которые наиболее значимы для выработки определённого типа психического реагирования на заболевания, является эмоциональность и активность (Лебединский М.С., Мясищев В.Н., 1966). Рассмотрим каждый более подробно.

Эмоциональность - это скорость появления эмоциональных реакций, преобладающая модальность эмоций, преобладающая и типичная степень выраженности эмоциональных переживаний, длительность, стабильность, локальность, выраженность и направленность вегетативного подкрепления эмоциональных переживаний. Высокая эмоциональная возбудимость, соматически выраженная быстротой и силой вегетативной реакции, соответствует холерическому и сангвинистическому вариантам, низкая возбудимость – характерна для больных в состоянии апатии, а замедленная – для флегматиков (Лебединский М.С., Мясищев В.Н., 1966).

Двигательная активность (импульсивность) – это режим двигательной активности, подвижность, скорость движений и прочие моторные характеристики человека, обусловленные наследственными психофизиологическими факторами. Вследствие этого ограничение подвижности и обездвиженности, вызванные болезнью (прикованность к постели, необходимость соблюдать постельный режим) могут служить психологической фрустрацией для лиц, двигательный режим которых нацелен на быстроту действий, склонность к интенсивным нагрузкам. Некоторыми исследователями плохая переносимость состояний вынужденного ограничения движений относится к свойствам экстраверсии и интроверсии.

Говоря об экстравертах и интровертах, стоит отметить, что они по-разному реагируют на боль. По мнению Айзенка, экстраверты воспринимают все уровни стимуляции, в том числе и болевой, менее интенсивно, чем интроверты.

ЛИЧНОСТЬ – это конкретный человек, взятый в системе его устойчивых социально обусловленных психологических характеристик, которые проявляются в общественных связях и отношениях, определяют его нравственные поступки и имеют существенное значение для него самого и окружающих (Шкуренко Д.А., 2002).

Единство и взаимосвязь основных сторон личности характеризует структуру личности. Сюда относятся: широта, глубина, гармоничность, целостность, функциональный профиль, т.е. соотношение различных свойств психики друг с другом. Всё это чаще называют характерными структурными особенностями личности. Г.Оллпорт дает следующее определение личности: личность есть прижизненно формирующаяся индивидуально своеобразная совокупность психофизиологических систем – черт личности, которыми определяются своеобразные для данного человека мышление и поведение (Немов Р.С., 1995). Проблемы личности тесно связаны с проблемами болезни. Возможно несколько вариантов этой взаимосвязи: 1. болезненное изменение личности в процессе болезни; 2. деградация и распад личности; 3. патохарактерологическое развитие личности; 4. патохарактерологическоая реакция личности на обстоятельства жизни, в частности на свою болезнь; 5. роль личности в этиологии и патогенезе болезни.

Мировоззрение. Из личностных особенностей, влияющих на формирование субъективного отношения к болезни, следует отметить мировоззрение. Можно выделить несколько мировоззренческих установок в отношении происхождения заболевания. Болезнь рассматривается как кара, как назидание другим, как расплата за грехи предков и т.д. Эти трактовки происхождения болезней могут быть основаны на вере в связь между поведением человека, его нравственностью и возникновением у него недуга.

К другой группе мировоззренческих установок можно отнести представление о болезнях как вызванных наследственными или средовыми причинами. Болезнь как неизбежность, болезнь как стечение обстоятельств или как собственная ошибка и т.п.

**1.3 Типы отношения к болезни**

Выделяют следующие типы отношения больного к болезни:

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

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

в)отрицающее, если больной не обращает внимания на болезнь, отгоняет от себя мысли о болезни и т.п.;

г)нозофобное, т.е. больной несоразмерно боится болезни, повторно обследуется, меняет врачей;

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

е)нозофильное, связанное с определенным успокоением и приятными ощущениями от болезни;

ж) утилитарное, что является высшим проявлением нозофильной реакции. Утилитарное отношение может иметь тройную мотивировку:

а) получение сочувствия, внимания и лучшего обследования;

б) выход из неприятной ситуации, как, например, нелюбимая работа, наказание, учёба;

в) получение материальных выгод – свободное время, подарки, сладости.

Утилитарная реакция может быть более или менее сознательной, она может основываться на нетяжёлом или на серьёзном заболевании, а иногда может наблюдаться и у здорового человека.

Р. Конечный и М. Боухал (1983) различают следующие типы реакций:

Аггравация – преувеличение признаков заболевания и субъективных жалоб. Такое преувеличение может быть полностью сознательным, но иногда скорее обусловлено эмоциональными мотивами более глубокого происхождения, например, страхом, недоверием, чувством одиночества, безнадёжности, ощущением, что врач ему не верит. Переходы от сознательной к менее сознательной аггравации бывают довольно незаметными, а иногда даже трудно уловимыми.

Симуляция – это притворство, при помощи которого человек стремится создать впечатление о наличии болезни и её признаков. Встречается реже, чем аггравация. Как правило, к ней прибегают очень примитивные лица, у которых её можно открыть относительно легко, или, наоборот, очень опытные, пронырливые и безответственные лица.

Диссимуляция – это скрывание болезни и её признаков. Встречается главным образом, при заболеваниях, результатом которых являются некоторые объективные или субъективные невыгоды для больного (Конечный Р., Боухал М., 1983).

Отношение к болезни, обладая характеристиками, присущими психологическим отношениям, содержит в себе когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты.

Когнитивный компонент включает знания о болезни, её осознание, понимание роли болезни и её влияние на жизненное функционирование больного, а также предполагаемый прогноз.

Эмоциональный – ощущение и переживание болезни и всей ситуации, связанной с ней.

Поведенческий – это связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации или дезадаптации к ней, а также выработку определённой стратегии поведения в жизненной ситуации, связанной с болезнью. Возможны следующие виды реакций: принятие роли больного, активная борьба с болезнью, игнорирование, пессимистические установки и пр.

Типология реагирования на заболевание создана А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым (1980) на основе оценки влияния трёх факторов: 1) природы заболевания; 2) типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера; 3) отношения к данному заболеванию. Эти типы объединены по блокам.

Первый блок включает типы отношения к болезни, при которых социальная адаптация существенно не нарушается - гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы.

Второй блок включает типы реагирования преимущественно с интрапсихической направленностью, т.е. это тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический тип. Эмоционально-аффективная сфера отношений у больных с этими типами реагирования клинически проявляется в дезадаптивном поведении и реакциях по типу раздражительной слабости, а также в тревожном, подавленном, угнетённом состоянии. Характеризуется «уходом в болезнь», отказом от борьбы за здоровье, выздоровление.

Третий блок – типы реагирования с интерпсихической направленностью. Включает типы с сенсибилизированным отношением к болезни, которое в большей степени зависит от преморбидных особенностей личности больных – это сензитивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический. Пациенты с этими типами отношения к болезни при различных эмоционально-аффективных реакциях на болезнь характеризуются и дезадаптивным поведением, которое может приводить к нарушению их социального функционирования.

Типы психологического реагирования на заболевания по А.Е. Личко(1985):

1. Гармонический. Пациент трезво оценивает свое состояние без склонности преувеличивать его тяжесть, без оснований видеть всё в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремится во всём содействовать успеху лечения, не желая обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации – переключение интересов на области жизни, которые останутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе – сосредоточение внимания, забот и интересов на судьбе близких, своего дела.

При гармоничном типе психического реагирования важным является реализм в восприятии симптомов и понимании тяжести заболевания. Пациент должен опираться в своих реакциях на известные науке факты о возможности излечения от конкретной болезни, о происхождении симптомов и пр.

Активности человека при дисгармоничных типах психического реагирования противостоит пассивность, при которой пациент не прилагает собственных усилий для оздоровления. Значимым является и нежелание заболевшего обременять тяготами ухода за собой, что вытекает из принципиальных положений гармоничного характера и личности. Гармоничный пациент понимает, что с появлением у него болезни близкие ему люди обрели новую дополнительную заботу. И как гармоничный человек, он не вправе требовать от них этой заботы. Он может лишь ожидать её и принимать в том объёме, который они готовы ему предоставить.

2. Эргопатический. «Уход в работу». Даже при тяжёлой болезни и страданиях характерно сверхответственное, одержимое отношение к работе, в ряде случаев – выражено ещё в большей степени, чем до болезни. Избирательное отношение к лечению и обследованию, обусловленное стремлением во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности.

Некоторые пациенты расценивают любой недуг как вызов своему «Я». Стараются не поддаваться болезни, активно перебарывают себя, преодолевают недомогание и боли. Позиция заключена в том, что нет такого заболевания, которого нельзя было бы преодолеть своими силами. Такие пациенты часто являются принципиальными противниками лекарств.

3. Анозогнозический. Пациент активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных её последствиях, отрицает очевидное. Приписывает проявления болезни случайным обстоятельствам или другим несерьёзным заболеваниям. Отказывается от обследования и лечения, желая обойтись «своими средствами». При эйфорическом варианте – необоснованно повышенное настроение. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само всё обойдётся». Желание продолжать получать от жизни всё, несмотря на болезнь. Легкость нарушения режима, пагубно сказывающихся на течение болезни.

Анозогнозия встречается достаточно часто. Пациенты могут отражать внутреннее неприятие статуса больного, нежелание считаться с реальным положением вещей. Они могут отражать заблуждение человека по поводу значимости признаков болезни.

4. Тревожный. Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиск «авторитетов». В отличие от ипохондрического типа, в большей степени выражен интерес к объективным данным о болезни (результат анализов, заключение специалиста), чем фиксация на субъективных ощущениях. Поэтому предпочитает слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение тревожное, угнетённость – следствие этой тревоги. Тревожный тип психического реагирования на заболевания базируется на появляющейся в связи с заболеванием тревоге. Тревожная мнительность, прежде всего касается опасений не реальных, а маловероятных - осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Тревога проецируется в будущее, вызвана опасениями, что болезнь может надолго и существенно изменить привычный стереотип жизни. Проявлением тревоги может быть повышенный интерес пациента к медицинской литературе, придирчивость к медицинскому персоналу, перепроверка получаемых от врачей сведений о болезни. «Защитой» от тревоги становятся приметы и ритуалы.

5. Ипохондрический. Пациент сосредоточен на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях, стремится постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе возникает преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличивает побочное действие лекарств. желания лечиться сочетается с неверием в успех, требованиями тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур. Склонен к эгоцентризму. В беседе с любым человеком обращает внимание собеседника на необычность и тяжесть имеющихся болезненных признаков. Ипохондрик испытывает облегчение, если его собеседник относится участливо и сочувственно. Кроме того, при таком типе реагирования появляется склонность к детализации своего самочувствия при его описании. Мотивом изложения собственных жалоб является страх упустить что-то важное, существенное для понимания врачом его состояния и правильной диагностики.

6. Неврастенический. Характерно поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неблагоприятных 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.

Неврастенический – астенический тип реагирования является наиболее распространённым и неспецифическим ответом организма и личности на различные заболевания. Его основой является раздражительность, которая охватывает – яркий свет, громкие звуки, резкие запахи. Пациент становится капризным, требовательным. Склонен к вспышкам гнева, если его ожидания в отношении поведения окружающих не оправдываются.

7.Меланхолический. Удручённость болезнью, неверие в выздоровление, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический взгляд на всё вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

Меланхолический, или депрессивный тип реагирования на болезнь обусловлен имеющейся у пациента негативной информацией о возможности излечения от недуга. Он встречается и у медицинских работников в силу их разнообразных знаний, полученных в процессе обучения и практики.

8. Апатичный. Пациент испытывает полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивно подчиняется процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрачивает интерес к жизни, ко всему, что ранее волновало.

Как правило, безразличие обусловлено депрессией и фиксацией на собственном состоянии. Пропадает интерес и активность в отношении всех сторон жизни за исключением здоровья. Собственно апатический – с утратой интереса ко всему - встречается крайне редко.

9. Сенситивный. Чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасение, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и нежелательного отношения с их стороны в связи с этим.

Основой сенситивного отношения к болезни является рефлексивный стиль мышления. Кроме того, это ориентация на мнение и оценку окружающих. В связи с этим существенным становятся не собственные болезненные или неприятные ощущения вследствие болезни, а реакция на информацию о его болезни со стороны так называемой референтной группы. Часто в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу, даже в случаях угрожающего для жизни состояния. Отмечается робость, застенчивость, повышенная скромность.

10. Эгоцентричный. «Уход в болезнь». Выставление на показ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы – все должны забыть и бросить всё 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 своё особое положение, свою исключительность в отношении болезни.

Этот тип реагирования иногда обозначают истерическим, поскольку основным мотивом поведения человека становится привлечение к собственной персоне внимания окружающих. «Бегство в болезнь» или «уход в болезнь» используется для упрёков и шантажа окружающих. Жалобы описываются больными очень красочно и сопровождаются манерной жестикуляцией, а также разнообразной и выраженной мимикой.

11. Паранойяльный. При таком отношении пациент уверен, что болезнь – результат чьего-то злого умысла. Крайне подозрительно относится к лекарствам и процедурам, стремится приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала. Паранойяльный (бредоподобный) тип реагирования часто отражает мировоззренческую позицию заболевшего. Пациент усматривает тайный смысл болезни и причин её возникновения. Этот тип возникает на базе личностных особенностей.

12. Дисфорический. Доминирует мрачно-озлобленное настроение, постоянно угрюмый вид. Испытывает 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. Деспотичное отношение к близким – требование во всём угождать.

**1.4 Особенности психического состояния и поведение больных**

Все авторы, когда-либо занимавшиеся анализом психического состояния больных детей отмечают, что заболевший ребёнок отличается от здорового. По данным Э.Р. Карлсон ,у него меняется настроение, он может стать подавленным, раздражительным, плаксивым, тревожным и т.д. (Карлсон Э.Р., 1965). Иногда у больного ребёнка появляются упорные мысли о тяжести заболевания, его необычности и даже исключительности, невозможности излечения или, наоборот, о его незначительности и несерьёзности. У многих детей во время заболевания нарушается поведение. Они перестают играть так, как это делали раньше, утрачивают непосредственность общения с взрослыми и сверстниками, не получают радости от совместных занятий и развлечений. У части детей возникает нежелание вступать в контакт. Как правило, дети тяготятся теми ограничениями, которые накладывает на них болезнь. Нередко они отказываются от выполнения режима, не подчиняются взрослым, капризничают. Рисунок их поведения нарушается шалостями и неожиданными поступками. Такие переживания и нарушения поведения у больных детей – своеобразные проявления реакции детской личности на возникшую болезнь.

О.И. Миронова и другие авторы (Миронова О.И., 1997) выделили различия в невротических проявлениях у детей с патологией опорно-двигательного аппарата. Они говорят, что у детей в возрасте 8 -12 лет невротические расстройства проявляются в виде детских страхов (страх перед операцией, непереносимость боли, повязок, инъекций), причинными факторами в этих случаях выступают шоковые и субшоковые психические травмы, связанные с оперативным вмешательством, а также с затяжными психотравмами (многоэтапность операции, ношение ортопедической обуви, длительное нахождение в стационаре).

Данные авторы говорят о встречающихся патохарактерологических реакциях у данных детей активного (в форме непослушания, агрессивного поведения в ответ на назначение восстановительного лечения, отказ от выполнения упражнений) и пассивного протеста (в виде негативизма, упрямства, отказ от общения с мед. персоналом).

По данным В.Ф. Матвеева, больные с физическими дефектами, в том числе опорно-двигательного аппарата отличаются особой ранимостью, подозрительностью, постоянной фиксацией на своём дефекте. Они часто уединяются, так как в обществе им бывает тяжело, им кажется, что на них смотрят, жалеют или осуждают. Такие пациенты чувствуют себя спокойнее в кругу таких же больных. Постоянно психическая напряжённость создаёт основу для развития невротических реакций и депрессии. Автор говорит о том, что дефект играет особую роль в общении с людьми, следствием этого является депривация общения (Матвеев В.Ф., 1989).

М.С. Лебединский и В.Н. Мясищев (1966) говорят о том, что хроническое заболевание влияет на патохарактерологическое развитие следующим образом: эмоциональные реакции проходят, но оставляют след в форме их условно- рефлекторной временной связи с ситуацией, в которой они возникли. Неоднократное повторение реакций упорядочивает этот след как склонность к выявлению определенного вида эмоций. Повторная эмоциональная реакция страха создаёт пугливость, робость как компонент характера. Повторный гнев ведёт к образованию таких черт характера, как гневливость, раздражительность, которая при слабости нервной системы и беспрепятственном удовлетворении желаний создают нередко более сложную черту характера – капризность. Гневливость и капризность в известных условиях, например, ожидания опасности, раздражающей обстановке, неудовлетворённых претензий, вызывая острые аффекты и аффективные длительные напряжения, могут приводить к неврозу.

Авторы говорят также, что с особенностями характера тесно связан вопрос о причинах возникновения эмоций и их болезненных проявлений. У человека в структуре эмоций решающая роль принадлежит особенностям психики, личности, сформированным определёнными социально-историческими условиями, воспитанием черт характера и отношений.

Дезадаптивные явления эмоциональной природы Г.В. Пятакова рассматривает как присущие всем детям с физическими недостатками. По её мнению, нарушение эмоциональной регуляции способствует формированию психической зависимости больного ребёнка от ситуации, ограничивает репертуар его поведения, способствует социально-психологической деформации его личности. У детей с патологией опорно-двигательного аппарата особенности их социальной ситуации развития увеличивают нагрузку на эмоциональную сферу и могут спровоцировать дезадаптивные срывы и кризисы (Пятакова Г.В., 1999).

**1.5 Психолого-педагогическая характеристика детей, получивших травмы**

Благодаря исследованиям видных учёных, в отечественной психологии сформировалось мнение, что личные качества развиваются и формируются в деятельности, под непосредственным влиянием внешней среды и что показатель защищённости человека, или, наоборот, его склонности к опасности является не только его прирождённым качеством, сколько результатом такого развития.

Предпосылками получения травмы у детей служат усталость, нервозность, преобладание возбуждения над торможением, импульсивность, с одной стороны, и инертность нервных процессов, с другой. Дети, умственно более развитые, с высоким интеллектом, осознают опасность и избегают её.

При анализе несчастных случаев психологи отмечали необходимость рассматривать «личный фактор» в непосредственной связи с социальной средой, а при изучении психологических причин получения травм были выявлены психические качества, способствующие их возникновению (Миронова О.И., 1997).

К таким показателям Г.К. Ермакова относит эмоциональные свойства и качества темперамента, низкие качества внимания (концентрация, распределение и переключение), недостаточная сенсорно-моторная координация, малая наблюдательность (осмотрительность, низкая выносливость), а также чрезмерно высокая (или низкая), склонность к риску (Ермакова Г.К., 1981).

**1.6 Госпитализация как психотравмирующий фактор**

Во время госпитализации ребёнок отрывается от привычной обстановки и близких людей, а, кроме того, он становится объектом болезненных манипуляций и процедур, его ограничивают в движениях и общении. Существенным фактором является то, что в стационар поступает соматический больной, т.е. ребёнок, имеющий меньше резервов для приспособления, чем здоровый. Также осложняет поступление в больницу позиция родителей, которые вынужденно и неохотно госпитализируют ребёнка. Отрицательные эмоции родителей в связи с болезнью и последующим отрывом ребёнка от семьи усиливают его боязливость.

Однако, несмотря на эти общие условия, разные дети на госпитализацию реагируют по-разному. По мнению E.J. Barowsky (1978), реакция ребёнка на поступление в больницу зависит от возраста, семейных отношений, продолжительности госпитализации, числа и характера предшествующих поступлений в стационар и т.д.(Шухова Е.С., 1979)

По данным Н.И. Бурмистровой (1964), всех детей в зависимости от реакции на госпитализацию, можно разделить на три группы. Первая группа- дети с негативной реакцией на госпитализацию, которая выражается возбуждением, плачем, нарушением сна. Вторая группа – вялые, заторможенные дети, спокойно реагирующие на поступление в больницу. Третья группа - уравновешенные дети, спокойно реагирующие на госпитализацию. Негативная реакция ребёнка на госпитализацию в отличие от спокойной и положительной может стать причиной ухудшения его соматического состояния.

Н. Г. Веселов и другие авторы говорят о госпитализации как о психотравмирующем факторе, так как госпитализация для ребёнка связана с немалыми трудностями (отсутствие родителей, необычная обстановка, болезненные процедуры). В этой ситуации у ребёнка могут возникнуть страхи темноты, одиночества, белых халатов, уколов. Иногда своё пребывание в больнице ребёнок расценивает как наказание за совершённый проступок, чувствует себя обиженным и одиноким (Веселов Н.Г., Суворова Р.С., 1984).

Н.Д. Лакосина, Г.Т. Ушаков считают, что, помещение ребёнка в больницу по экстренным показаниям без предварительной подготовки может вызвать реакции протеста. В это время ребёнок кричит, плачет, не отпускает мать. Такая реакция может продолжаться от нескольких часов до несколько дней. У некоторых детей она переходит в хорошее отношение с обслуживающим персоналом и соседями по палате. У других может переходить в состояние отчаяния, в таком случае, ребёнок становится плаксивым, плохо ест, не вступает в контакт с окружающими, при посещение родных у него наблюдается бурная реакция отчаяния с требованиями взять домой (Лакосина Н,Д,, Ушаков Г,К,, 1984).

К наиболее существенным источником страха перед лечением и перед врачами, по данным Р. Конечного, является собственный опыт общения детей с мед. персоналом. В данном случае можно говорить о таком страхе ребенка, как страх перед неизвестной ситуацией, так как дети ещё неспособны отличать незначительные обстоятельства от более серьёзных. Здесь действует определённая готовность к развитию реакции страха, особенно врождённая, так как одни дети уже с рождения имеют живой рефлекс боязни, другие же реагируют менее бурно.

Р. Конечный отмечает, что сами родители способствуют развитию страха у детей. Именно они предостерегают ребёнка от всевозможных опасностей. Ряд таких преувеличенных опасений касается здоровья (не пораниться, не простудиться, не упасть и т.д.). Такое отношение характерно для гиперопеки. Родители могут рассказывать страшные истории и сказки, вызывающие у более впечатлительных детей тревогу и страх, это может способствовать никтофобии (навязчивая боязнь темноты), особенно, если сказки рассказываются перед сном. Готовность к развитию страха незаметно усиливается и в тех случаях, если в присутствии детей вспоминают о болезнях, болях, операциях. Эти разговоры обычно относятся к взрослым, но более чувствительные дети запоминают их, хотя и не показывают этого.

Сознательно родители пугают детей в тех случаях, когда они не пользуются достаточным авторитетом и пытаются укрепить его устрашением: грозят детям больницей, врачом, если не будут слушаться. Врач в качестве боли и страха здесь заменяет фантастические «авторитеты страха» из старых времён, врач или сестра усиливает свой авторитет у непослушных детей, пугая их (Конечный Р., Боухал М., 1983).

Часто дети, которые воспитываются в условиях «кумира семьи» в больнице оказываются совершенно беспомощными, так как не имеют навыков самообслуживания и могут подвергаться насмешкам соседей по палате. Дети младшего школьного возраста могут проявлять повышенный интерес к своему здоровью, испытывать в связи с этим страхи или скрывать болезненные проявления во избежании запретов, которые на них обычно налагаются в домашних условиях при любом недомогании. Авторы подчёркивают, что поведение родителей при тяжёлых и внешне тягостных состояниях часто оказывает неблагоприятное влияние на больных детей, влияет на формирование внутренней картины болезни, так как заболевание ребёнка – это всегда трудная ситуация для семьи. Авторы говорят, что тяжёлое хроническое заболевание ребёнка вызывает психологические сложности у родителей. Вначале может возникнуть реакция недоверия, и родители начинают консультировать ребёнка у различных врачей, надеясь, диагноз поставлен без достаточных оснований. Это оказывает отрицательное влияние на психическое состояние ребёнка. У родителей иногда возникает чувство вины перед ребёнком при хроническом его заболевании. В связи с этим, «чтобы загладить свою вину», к ребёнку предъявляют чрезмерное внимание, всё разрешают, выполняют любые желания. Следствием этого могут являться истерические реакции, в структуре личности выявляются черты психического инфантилизма, затрудняющие адаптацию к внешним условиям среды.

Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков утверждают, что при длительной госпитализации может произойти задержка психического развития. Причиной этого является психическая депривация и фрустрация при так называемом явлении «госпитализма». Психическая депривация, по мнению авторов – это состояние, которое возникает вследствие такой жизненной ситуации, когда субъект не получает на протяжении длительного времени удовлетворение жизненно необходимых психических потребностей. Под фрустрацией авторы понимают кратковременное состояние замешательства, вызванное собственной несостоятельностью в выполнении задания, упрёками окружающих. Фрустрация может возникнуть при лишении ранее удовлетворяющихся потребностей (Лакосина Н,Д,, Ушаков Г,К,, 1984).

Е.В. Шухова говорит, что для предупреждения развития госпитализма чрезмерно важно организовать общение ребёнка со сверстниками в детских лечебных учреждениях, где удается устранить замкнутость и настороженность, спровоцированные заболеванием, так как ребёнок чувствует себя значительно увереннее среди детей с однотипным заболеванием. Дети перестают стесняться своего дефекта, охотнее выполняют необходимые процедуры, их легче привлечь к общественной деятельности. В условиях ребёнок не так остро чувствует свою неполноценность (Пятакова Г.В., Кутузов А.П., 1997).

Чтобы уменьшить эмоциональную травму в связи с госпитализацией, в процессе подготовки к ней следует по возможности понятно объяснить всё, что произойдёт с ребёнком в больнице, тогда внутренняя картина болезни будет более адекватна. Значительно уменьшают тревожное напряжение посещения родителей и других близких родственников. Более частые и более продолжительные визиты родных заметно изменяют содержание внутренней картины болезни и облегчают приспособление ребёнка к жизни в больнице.

По возращению домой у ребёнка также часто возникает постгоспитализационная дезадаптация в форме психологических трудностей и нарушений поведения, связанных с ними.

Больные, которые получают больше информации до и во время лечения, в меньшей степени ощущают дискомфорт и тревогу, меньше страдают от боли и поправляются быстрее, чем те, с которыми подобная работа не проводилась (Брайтигам В., Кристиан П., 1999). Аналогичным образом разъяснительная работа с родителями благотворно влияет на процесс адаптации ребёнка к стационару.

**Глава 2. Организация и методы исследования**

**2.1Характеристика выборки**

Исследование проводилось в марте 2008 года на базе ВЦДО и Т «Огонёк» - (Восстановительный Центр Детской Ортопедии и Травматологии).

Спецификой данного учреждения является то, что дети с нарушением опорно-двигательного аппарата находятся на лечении длительное время (1-2 месяца), а также продолжают обучение по школьной программе. Посещение родителей ограничено, поэтому дети преимущественно находятся в кругу сверстников.

 В исследовании приняли участие 50 подростки в возрасте 12-13 лет, из них 25 человек с диагнозом сколиоз Ι – ΙΙΙ степени. 25 – с компрессионными переломами позвоночника. Выборка подростков со сколиозом состояла из 13 мальчиков и 12 девочек; выборка детей с компрессионным перелом – 11 мальчиков и 14 девочек.

**2.2Описание и обоснование методик**

В ходе дипломного исследования была поставлена цель: изучить отношение к заболеванию у детей со сколиозом и компрессионным перелом.

Достижение данной цели предполагает решение следующих задач:

1. Выявления личностных особенностей подростков с диагнозом сколиоз и компрессионный перелом;

2. Выявление уровня невротизации;

3. Выявление уровня депрессии;

4. Определение типа отношения к болезни;

5. Раскрытие внутренней картины болезни.

В связи с поставленными задачами использовались следующие методики:

• Личностный опросник Р. Кеттелла – HSPQ (Психологическая диагностика в психолого-педагогической практике. – СПб.: ЛГОУ им. А.С. Пушкина, 2002. – с. 196);

• Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге (Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2004.- с. 672);

• Методика ТОБОЛ. (Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии: Учеб. Пособие / Под ред. Д.И. Исаева, В.Е. Кагана. – СПб.: ПМИ, 1991);

• Методика диагностики уровня невротизации Л.М. Вассермана. (Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие.– Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2004.- с. 672).

1. Личностный опросник Р. Кеттелла (HSPQ).

Цель – выявление индивидуальных свойств, эмоциональных и поведенческих особенностей.

Личностный опросник для подростков от 12 – 16 лет. Факторный опросник Р. Кеттелла – одна из наиболее известных методик, созданных в рамках объективного экспериментального подхода к исследованию личности.

Согласно теории личностных черт, личность описывается как состоящая из стабильных, устойчивых, взаимосвязанных элеменотов (свойств, черт), определяющих её внутреннюю сущность и поведение. Различия в поведении людей объясняются различиями и выраженности личностных черт.

Информация, полученная с помощью опросника HSPQ, позволяет выявить индивидуальные различия и создать благоприятные условия обучения с учётом индивидуальных особенностей подростка.

Опросник HSPQ представляет собой систему из 14 факторов и содержит 142 вопроса, каждый из которых имеет три варианта ответа, из которых нужно выбрать один.

1. ФАКТОР А (экстраверсия – интроверсия);

2. ФАКТОР В (высокий – низкий интеллект);

3. ФАКТОР С (эмоциональная устойчивость – эмоциональная неустойчивость);

4. ФАКТОР D (беспокойство – уравновешенность);

5. ФАКТОР Е (настойчивость – зависимость);

6. ФАКТОР F (беспечность – озабоченность);

7. ФАКТОР G (добросовестность – недобросовестность);

8. ФАКТОР Н (смелость – робость);

9. ФАКТОР I (мечтательность – практичность);

10. ФАКТОР J (индивидуализм – общительность);

11. ФАКТОР О (тревожность – самоуверенность);

12. ФАКТОР Q2 (самостоятельность – зависимость);

13. ФАКТОР Q3 (высокий самоконтроль – низкий самоконтроль).

14. ФАКТОР Q4 (напряжённость – расслабленность).

2. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунге.

Методика разработана В. Зунга и адаптирована Т.Н. Балашовой. Опросник разработан для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний близких к депрессии.

Данная шкала включает в себя 20 утверждений: 10- характеризующих проявление сниженного настроения (субдепрессия), 10- состояние без депрессии.

Цель – выявить состояние без депрессии, лёгкую депрессию ситуативного или невротического характера, субдепрессивное состояние, маскированную депрессию, истинное депрессивное состояние.

3. Методика ТОБОЛ (тип отношения к болезни).

Методика разработана А.Е. Личко в 1980 г.

Цель – выделить тип реагирования на болезнь.

Методика содержит 12 типов отношения к болезни: гармонический, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцнетрический, паранояльный, дисфорический.

Методика представляет собой опросник, который включает 12 таблиц-наборов, которые содержат от 11 до 17 пронумерованных утверждений. Данные утверждения касаются: самочувствия, настроения, сна и пробуждения от сна, аппетита и отношение к еде, отношения к болезни, отношение к лечению, отношение к врачам и мед. персоналу, отношение к родным и близким, отношение к учёбе, отношение к окружающим, отношение к одиночеству и отношение к будущему.

4.Методика диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана

Цель – методика позволяет выявить уровень невротизации.

Методика содержит 40 суждений и ситуаций. Необходимо выбрать ответ «да» или «нет». Чем больше положительных ответов, тем выше уровень невротизации.

Приводимые вопросы для определения уровня невротизации имеют ориентировочный характер.

5. Методы статистической обработки данных.

1. Для выявления уровня достоверности использовался t – критерия Стьюдента, который вычисляется по формуле:

t = x1 – x2: где x – среднее значение; m – средняя ошибка.

m1+m2

В свою очередь средняя ошибка вычисляется по формуле:

m = £ : где £ – стандартное отклонение;

счёт счёт – количество испытуемых.

2. Для выявления взаимосвязи между шкалами использовался корреляционный анализ.

**Глава 3. Результаты исследования**

**3.1 Сравнительная характеристика личностных особенностей подростков с диагнозом сколиоз и компрессионный перелом**

Анализ результатов, полученных с помощью t – критерия Стьюдента, по методики Р. Кеттелла позволил выявить различия между личностными особенностями подростков с диагнозом сколиоз и с диагнозом компрессионный перелом.

Показатели шкал опросника Р. Кеттелла

Таблица № 1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Личностный опросникР. Кеттелла | Подросткис диагнозомсколиоз | Подросткис диагнозомк.п. | K – критерийСтьюдента | Уровеньзначимости |
| М ± m | М ± m | t | p |
| 1 | Фактор А (экстраверсия – интроверсия) | 9,0 ± 0,9 | 11,4 ± 0,6 | 2,2 | p < 0,05 |
| 2 | Фактор В (интеллект) | 5,7 ± 0,4 | 6,4 ± 0,3 | 1,4 | p > 0,05 |
| 3 | Фактор С (эмоциональная устойчивость – эмоциональная неустойчивость) | 5,4 ± 0,7 | 9,8 ± 0,6 | 4,6 | p < 0,05 |
| 4 | Фактор D (беспокойство – уравновешенность) | 10,3 ± 0,6 | 10,1 ± 0,8 | 0,2 | p > 0,05 |
| 5 | Фактор Е (настойчивость – зависимость) | 9,7 ± 0,5 | 9,2 ± 0,5 | 0,6 | p > 0,05 |
| 6 | Фактор F (беспечность –озабоченность) | 11,1 ± 0,7 | 13,0 ± 0,7 | 2,6 | p < 0,05 |
| 7 | Фактор G (добросовестность –недобросовестность) | 8,9 ± 0,5 | 8,3 ± 0,6 | 0,7 | p > 0,05 |
| 8 | Фактор Н (смелость – робость) | 11,2 ± 0,7 | 11,6 ± 0,7 | 0,4 | p > 0,05 |
| 9 | Фактор I (чувствительность –жёсткость) | 10,8 ± 0,6 | 9,1 ± 0,6 | 1,8 | p > 0,05 |
| 10 | Фактор J (индивидуализм –общительность) | 9,7 ± 0,5 | 8,1 ± 0,6 | 2,1 | p < 0,05 |
| 11 | Фактор О (тревожность –самоуверенность) | 10,4 ± 1,0 | 8,0 ± 0,8 | 1,7 | p > 0,05 |
| 12 | Фактор Q2 (самостоятельность –зависимость) | 10,6 ± 0,7 | 10,0 ± 0,7 | 0,6 | p > 0,05 |
| 13 | Фактор Q3 (высокий самоконтроль –низкий самоконтроль) | 10,4 ± 0,6 | 10,4 ± 0,6 | 0,1 | p > 0,05 |
| 14 | Фактор Q4 (напряжённость –расслабленность) | 11,0 ± 0,8 | 9,9 ± 0,7 | 1,0 | p > 0,05 |

Анализируя полученные данные, можно сказать, что в процессе исследования были установлены следующие различия между выборками: существуют различия по фактору А (экстраверсия – интроверсия). У подростков с диагнозом компрессионный перелом показатели по данной шкале на 28% выше, чем у подростков с диагнозом сколиоз; также выявлены различия по фактору С (эмоциональная устойчивость – эмоциональная неустойчивость). По этому фактору показатели на 82% выше у подростков с диагнозом компрессионный перелом, чем у подростков со сколиозом; по фактору F (беспечность – озабоченность) показатели на 17% выше у подростков с компрессионным переломом. Показатели по этим факторам превалируют у подростков с диагнозом компрессионный перелом.

В структуре личности подростков с компрессионным переломом выявлены следующие характерные признаки: в отличие от подростков со сколиозом они более открыты, доброжелательны, общительнее. Подростки с компрессионным переломом уверенны в себе, эмоционально устойчивы. Подростки с диагнозом сколиоз характеризуются как осторожные, серьёзные. Часто бывают печальными, тревожными, апатичными.

Также существуют различия по фактору J (индивидуализм – общительность). Показатели по этому фактору выше у подростков с диагнозом сколиоз на 20%. Анализируя полученные результаты можно сказать, что подростки со сколиозом более замкнутые, могут быть жестокими и бескомпромиссными. Они имеют меньше друзей, чем остальные, это объясняется равнодушным отношением к общегрупповым нормам.

**3.2 Сравнительная характеристика типа отношений к болезни подростков с диагнозом сколиоз и компрессионный перелом**

Анализ результатов, полученных с помощью t – критерия Стьюдента позволил выявить различия между типами отношений к заболеванию детей с диагнозом сколиоз и компрессионный перелом.

Показатели шкал по методике ТОБОЛ

Таблица № 2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ТОБОЛ (тип отношенийк болезни) | подросткисдиагнозомсколиоз | подросткисдиагнозомк.п. | t – критерийСтьюдента | уровеньзначимости |
| М ± m | М ± m | t | p |
| 1 | Гармоничный (Г) | 11,4 ± 2,2 | 8,6 ± 1,8 | 0,9 | p > 0,05 |
| 2 | Эргопатический (Р) | 16,6 ± 0,7 | 12,3 ± 1,1 | 2,7 | p < 0,05 |
| 3 | Азоногнозический (З) | 6,5 ± 1,8 | 4,5 ± 1,1 | 0,9 | p > 0,05 |
| 4 | Тревожный (Т) | 7,2 ± 1,3 | 6,1 ± 1,2 | 0,5 | p > 0,05 |
| 5 | Ипохондрический (И) | 7,4 ± 1,0 | 6,7 ± 0,9 | 0,5 | p > 0,05 |
| 6 | Неврастенический (Н) | 7,4 ± 0,8 | 5,7 ± 0,7 | 1,5 | p > 0,05 |
| 7 | Меланхолический (М) | 6,1 ± 0,9 | 4,8 ± 0,9 | 1,1 | p > 0,05 |
| 8 | Апатический (А) | 3,4 ± 0,5 | 3,0 ± 0,7 | 0,3 | p > 0,05 |
| 9 | Сенситивный (С) | 10,1 ± 1,2 | 10,6 ± 1,4 | 0,3 | p > 0,05 |
| 10 | Эгоцентрический (Я) | 6,5 ± 0,9 | 5,6 ± 0,2 | 0,6 | p > 0,05 |
| 11 | Паранойяльный (П) | 3,2 ± 0,5 | 3,4 ± 0,9 | 0,2 | p > 0,05 |
| 12 | Дисфорический (Д) | 2,5 ± 0,6 | 4,4 ± 0,8 | 2,1 | p < 0,05 |

В результате исследования можно сделать вывод, что существуют различия по эргопатическому (Р) и дисфорическому (Д) типам отношения к болезни.

Показатели по эргопатическому типу превалируют у подростков с диагнозом сколиоз. Показатели по данному типу подростков с диагнозом сколиоз выше на 35%,чем подростков с компрессионным переломом (Приложение № 2).

Такое отношение характеризуется следующим поведением: подростки с диагнозом сколиоз в отличие от подростков с диагнозом компрессионный перелом несмотря на заболевания, стремятся продолжать любую деятельность. Это может быть учёба, хобби, любимое занятие. Подростки с этим диагнозом гораздо одержимее, стеничнее занимаются делами, которые помогают забыть о диагнозе.

Подростки с диагнозом компрессионный перелом склонны относиться к болезни по дисфорическому типу. Показатели по данному типу отношения к болезни на 73% выше у подростков с диагнозом компрессионный перелом. Для них характерно мрачно-озлобленное настроение, требование особого внимания к себе и подозрительность к лечебному процессу. В отличие от подростков со сколиозом, подростки с компрессионным переломом склонны винить в своей болезни других, проявляют зависть к здоровым.

**3.3 Сравнительная характеристика уровня депрессии и уровня невротизации подростков с диагнозом сколиоз и компрессионный перелом**

С помощью t – критерия Стьюдента различий по уровню депрессии и уровню невротизации у подростков с диагнозом сколиоз и компрессионный перелом не выявлено.

Таблица № 3

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | подросткис диагнозомсколиоз | подросткис диагнозомк.п. | t – критерийСтьюдента | уровеньзначимости |
|  | М ± m | М ± m | t | p |
| Уровень депрессии | 50,8 ± 2,4 | 46,2 ± 2,6 | 1,3 | p > 0,05 |
| Уровень невротизации | 24,1 ± 1,3 | 21,8 ± 1,4 | 1,2 | p > 0,05 |

Но, анализ результатов на уровне средних значений показал, что у подростков с диагнозом сколиоз присутствует тенденция к депрессии ситуативного характера (56% испытуемых).

Причиной этого является постоянная нагрузка на эмоциональную сферу ребёнка в условиях особой социальной ситуации развития. Это способствует формированию психической зависимости больного ребёнка от ситуации.

Анализ данных на уровне средних значений также показал, что уровень невротизации у подростков с диагнозом сколиоз существенно выше (54%), чем у подростков с компрессионным переломом.

Это свидетельствует о выраженной эмоциональной возбудимости, в результате чего появляется негативные переживания (тревожность, напряжённость, беспокойство, раздражительность); также это свидетельствует о безынициативности, которая формирует переживания, связанные с неудовлетворённостью желаний. (Рисунок № 2)

**3.4Корреляционный анализ эмпирического материала**

Для подтверждения гипотезы использовался метод корреляции Пирсона. Полученные данные, отражены в корреляционных плеядах, основу которых составляет тип отношения к болезни. Анализ корреляционных плеяд позволил выявить следующие взаимосвязи:

Ι. Для выборки детей со сколиозом.

1. Паронайяльный тип отношения к болезни положительно коррелирует ( при p < 0,05 )с фактором А (экстраверсия – интроверсия) и с факторам Н (смелость – робость) по Кеттелла.

2. Эгоцентрический тип отношений к болезни отрицательно коррелирует (при p < 0,05) с фактором С (эмоциональная устойчивость –эмоциональная неустойчивость) по Кеттелла.

3. Меланхоличный тип отношения к болезни положительно коррелирует (при p < 0,05) с фактором Q2 (самостоятельность – зависимость) по Кеттелла.

4. Анозогнозический тип отношения к болезни отрицательно коррелирует (при p < 0,05) с фактором Е (настойчивость – зависимость) по Кеттелла.

5. Шкала депрессии положительно коррелирует (при p < 0,05) с фактором Q2 (самостоятельность – зависимость и с фактором Q3 (высокий самоконтроль – низкий самоконтроль) по Кеттелла.

Анализируя коррекционные плеяды, можно сделать следующий вывод:

• повышенные подозрения подростков с диагнозом сколиоз к лечебному процессу, стремление приписывать возможные осложнения, взаимосвязаны с недоверчивым, безучастным, скептичным поведением. Уверенность, что болезнь – результат чьего-то злого умысла связано с тем, что эти подростки не способны строить взаимоотношения с окружающими людьми на положительной основе, неспособны скрывать свои отрицательные эмоции;

• подростки, которые более склонны выставлять на показ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием, которые требуют исключительной заботы, характеризуются сниженной эмоциональной устойчивостью, они менее уверенны в себе, тревожны и наоборот;

• удручённость болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения связано с несамостоятельностью, с зависимостью от группы, с отсутствием инициативы и смелости в выборе собственной линии поведения;

• чем активнее подростки с диагнозом сколиоз отказываются от лечения, отбрасывая мысли о болезни и возможных её последствиях, чем больше желание обойтись своими силами, тем они менее послушны, уступчивы. Возможно нарушение режима, пагубно сказывающегося на течении болезни. И наоборот. Чем подростки более зависимы, пассивны, застенчивы, тем они менее уверенны в том, что обойдутся своими силами;

• уровень депрессии взаимосвязан с неумением контролировать своё поведение, эмоции, с невнимательностью подростков, недисциплинированностью. Подростки с диагнозом сколиоз характеризуются внутренней конфликтностью представлений о себе.

ΙΙ. Для выборки подростков с диагнозом компрессионный перелом характерны следующие взаимосвязи:

1. Гармонический тип отношения к болезни отрицательно коррелирует (при p < 0,05) с фактором J (индивидуализм – общительность); положительно коррелирует (при p < 0,05) с фактором G (добросовестость –недобросовестность) и имеет сильную отрицательную корреляцию (при p < 0,01) с фактором Q4 (напряжённость –расслабленность) по Кеттелла.

2. Анозогнозический тип отношения к болезни положительно коррелирует (при p < 0,05): с фактором В (интеллект), с фактором О (тревожность – самоуверенность), с фактором Q2 (самостоятельность –зависимость). Имеет также отрицательную корреляцию (при p < 0,05) с фактором А (экстраверсия – интроверсия) по Кеттелла.

3. Тревожный тип отношения к болезни положительно коррелирует (при p < 0,05) с фактором I (чувствительность – жёсткость) и отрицательно коррелирует (при p < 0,05) с фактором Q4 (напряжённость – расслабленность).

4. Ипохондрический тип отношения к заболеванию отрицательно коррилирует (при p < 0,05) с фактором I (чувствительность – жёсткость) по Кеттелла.

5. Неврастенический тип реагирования на болезнь имеет отрицательную корреляцию (при p < 0,05) с фактором Е (настойчивость – зависимость) по Кеттелла.

6. Меланхолический тип реагирования на болезнь положительно коррелирует (при p < 0,05) с фактором D (беспокойство – уравновешенность); отрицательно коррелирует (при p < 0,05) с фактором G (добросовестость – недобросовестность) по Кеттелла.

7. Апатический тип реагирования на болезнь отрицательно коррелирует (при p < 0,05)с фактором Н (смелость –робость) по Кеттелла.

8. Сенситивный тип реагирования на болезнь имеет сильную положительную корреляцию (при p < 0,01) с фактором А (экстраверсия –интроверсия) и сильную отрицательную корреляцию (при p < 0,01) с фактором Q2 (самостоятельность – зависимость) по Кеттелла.

9. Эгоцентрический тип реагирования на болезнь отрицательно коррелирует (при p < 0,05) с фактором Q3 (высокий самоконтроль – низкий самоконтроль) по Кеттелла.

10. Дисфорический тип реагирования на болезнь отрицательно коррелирует (при p < 0,05) с фактором Е (настойчивость – зависимость) и с фактором F (беспечность – озабоченность) по Кеттелла.

11. Шкала депрессии имеет положительную корреляцию (при p < 0,05) с фактором Е (настойчивость – зависимость) по Кеттелла.

12. Уровень невротизации отрицательно коррелирует (при p < 0,05) с фактором D (беспокойство – уравновешенность) по Кеттелла.

Анализируя корреляционные плеяды, можно сделать следующий вывод:

• стремление во всем активно содействовать успеху лечения взаимосвязано с упорным, стойким, решительным характером. Подростки с диагнозом компрессионный перелом проявляют настойчивость в достижении цели. Подростки, которые дают более трезвую оценку своего состояния без склонности преувеличивать, тем они менее зависимы, менее суетливы. Для них характерна повышенная мотивация.

• активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных её последствиях, стремление обойтись своими силами связаны с тем, что подростки с диагнозом компрессионный перелом уверены в себе, собранны, самостоятельны. Чем подростки активнее отказываются от лечения, тем они менее доверчивы. И наоборот, чем больше подростки доверяют обследованию и лечению, тем активнее они будут содействовать успеху лечения.

• беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений связано с реалистичностью, осторожностью, беспокойством по отношению к себе. Чем подросток более склонен к беспокойству в отношении неэффективности и даже опасности лечения, тем они менее спокойны, менее расслабленны и невозмутимы. И наоборот.

• подростки склонные к преувеличению действительных и выискиванию несуществующих болезней и страданий менее реалистичны, менее самостоятельны, нуждающиеся в поддержке.

• подростки, которые более склонны проявлять нетерпеливость, раздражение при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, характеризуются как менее уступчивые, послушные, могут проявлять агрессию.

• чем активнее подростки проявляют удручённость болезнью, неверие в выздоровление, тем они менее стойки, решительны. Пессимистический взгляд на всё вокруг, депрессивные высказывания связаны с неумением владеть собой даже в неблагоприятных условиях.

• подростки, которые более активно проявляют безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам исследования, тем они пассивнее проявляют необходимость быть на виду, тем меньше желание постоянного общения.

• опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно относиться взаимосвязаны с сильными колебаниями настроения, выразительной экспрессией. Чем подростки более озабочены возможностью произвести неблагоприятное впечатление своим внешним видом, тем они менее самостоятельны, нуждаются в групповой поддержке.

• подростки, которые более склонны выставлять на показ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием, которые требуют исключительной заботы, характеризуются низким самоконтролем, проявляют себя как не внимательные и не деликатные.

• чем активнее подростки проявляют мрачно-озлобленное настроение, проявляют зависть и ненависть к здоровым, тем они менее уступчивы, послушны, откровенны, проявляют не искреннее отношение к окружающим.

• Уровень депрессии взаимосвязан с неустойчивым, напористым характером, с тем, что подростки могут проявлять агрессивное отношение в отстаивание своих взглядов.

**Заключение**

Приступая к дипломному исследованию, была поставлена гипотеза, что подростки с различным диагнозом имеют различные типы реагирования на болезнь. В ходе работы удалось её подтвердить и охарактеризовать особенности отношения к болезни у подростков с диагнозом сколиоз и компрессионный перелом.

В структуре личности подростков с диагнозом сколиоз выявлены следующие характерные признаки: тревожное, подавленное, озлобленное настроение. Подростки со сколиозом, в отличие от подростков с компрессионным переломом, склонны к печальным размышлением в одиночестве, легко подвержены различным страхам и тяжело переживают любые жизненные неудачи. Они склонны к самоупрёкам, недооценивают свои возможности, способности. Для этих подростков характерно подверженность чужому влиянию, зависимость настроения и поведения от одобрений или неодобрений со стороны окружающих. Развито чувство долга. В обществе подростки чувствуют себя неуютно и неуверенно, держатся скромно и обособленно.

Структура личности подростков с диагнозом компрессионный перелом характеризуется способностью легко переживать жизненные трудности. Они уверенны в себе, эмоционально устойчивы, общительны. Они не предрасположены к страхам. Подростки с компрессионным переломом более самостоятельны, жизнерадостны, доверчивы, нечувствительны к порицаниям и оценкам окружающих.

У детей со сколиозом присутствует тенденция к ситуативно-невротической депрессии. Причиной этого является постоянная нагрузка на эмоциональную сферу подростка в условиях особой социальной ситуации развития. Это способствует формированию психической зависимости больного подростка от ситуации. Психическое напряжение может вызвать расстройства, снижение активности в преодолении трудностей.

У детей с диагнозом сколиоз также присутствует тенденция к повышенному уровню невротизации.

Это свидетельствует о выраженной эмоциональной возбудимости, в результате чего появляется негативные переживания (тревожность, напряжённость, беспокойство, раздражительность); также это свидетельствует о безынициативности, которая формирует переживания, связанные с неудовлетворённостью желаний.

Подростки со сколиозом склонны относиться к болезни по эргопатическому типу, так как они имеют опасения по поводу своих возможностей. Даже при тяжести болезни и страданиях стремятся, несмотря на это, продолжать работу. Подростки с диагнозом сколиоз «сжились» со своим диагнозом и, поэтому, во что бы то ни стало, стараются сохранить статус здорового человека.

Подростки с диагнозом компрессионный перелом склонны относиться к своему заболеванию по дисфорическому типу. У этих подростков доминирует мрачно-озлобленное настроение, угрюмый вид, проявляется зависть к здоровым. Они требуют особого внимания к себе. Присутствие данных реакций на заболевание у подростков с компрессионными переломами объясняются внезапностью травмы, сопровождаемой неприятными ощущениями, шоковым состоянием.

В группе подростков с диагнозом сколиоз анозогнозический тип отношения к болезни связан со следующими особенностями личности: упрямство, неуступчивость, агрессивность. У подростков с компрессионным переломом данный тип отношения к болезни связан с уверенностью в собственных силах, с самостоятельностью, с упорством.

У подростков со сколиозом меланхолический тип реагирования на болезнь связан с несамостоятельностью, с зависимостью от группы, с отсутствием инициативу; у подростков с компрессионными переломами – с неумением владеть собой даже в неблагоприятных условиях.

У подростков с диагнозом сколиоз эгоцентрический тип отношения связан с низкой эмоциональной устойчивостью, беспокойством. Взаимосвязан с тем, что подростки находятся под влияние чувств, легко расстраиваются; у подростков с компрессионными переломами связан с низким самоконтролем, недисциплинированностью.

Поставленная цель изучения отношения к заболеванию у детей с различными диагнозами представляла интерес для сотрудников ВЦДО и Т «Огонек». По итогам работы можно дать следующие рекомендации:

- формирование адекватного отношения к болезни;

- обеспечить психологическое сопровождение подросткам с диагнозом сколиоз в период лечения в Центре;

- коррекция представлений о болезни у подростков с компрессионным переломом;

- учет личностных особенностей подростков с компрессионным переломом и сколиозом в процессе лечения;

**Выводы**

Подводя итоги можно сказать, что в процесс исследования были установлены следующие различия между выборками:

1. Существуют различия по фактору А (экстраверсия – интроверсия). У подростков с диагнозом компрессионный перелом показатели по данной шкале на 28% выше, чем у подростков с диагнозом сколиоз;

2. Также выявлены различия по фактору С (эмоциональная устойчивость – эмоциональная неустойчивость). По этому фактору показатели на 82% выше у подростков с диагнозом компрессионный перелом, чем у подростков со сколиозом;

3. По фактору F (беспечность – озабоченность) показатели на 17% выше у подростков с компрессионным переломом. Показатели по этим факторам

4. Также существуют различия по фактору J (индивидуализм – общительность). Показатели по этому фактору выше у подростков с диагнозом сколиоз на 20%.

5. Существуют различия по эргопатическому (Р) типу реагирования на болезнь. Показатели по данному типу подростков с диагнозом сколиоз выше на 35%,чем подростков с компрессионным переломом

6. Существуют различия по дисфорическому (Д) типу отношения к болезни. Показатели по данному типу отношения к болезни на 73% выше у подростков с диагнозом компрессионный перелом.

7. С помощью t – критерия Стьюдента различий по уровню депрессии и уровню невротизации у подростков с диагнозом сколиоз и компрессионный перелом не выявлено. Но, анализ результатов на уровне средних значений показал, что у подростков с диагнозом сколиоз присутствует тенденция к депрессии ситуативного характера (56% испытуемых).

8. что уровень невротизации у подростков с диагнозом сколиоз существенно выше (54%), чем у подростков с компрессионным переломом.

**Список литературы**

1.Веселов Н.Г. , Суворова Р.С. Особенности восприятия детьми обстановки стационара/ Советское здравоохранение - № 11., - М.: Мед., 1984. – С. 44-48.

2.Брайтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. Краткий учебник./Пер с нем.-М., 1999.

3.Ермакова Г.К. Психолого-педагогическая характеристика детей, получивших травмы./ Профилактика и лечение травм у детей., - Л.: 1981. – с. 55-61.

4.Ефимов А.П. и др. Оценка состояния больных ортопедо-травматологического профиля в процессе реабилитации экспертным методом //Ортопедия, травмотология и протезирование.- 1985.- № .-С.52-56.

5.Карлсон Э.Р. Я таким родился/ Пер. с фр. яз. Гончаровой М.М./ Л.: НИИ им. Г.И. Турнера. – 1965.

6.Клепикова Р.А. К вопросу о медико-социальной реабилитации детей – инвалидов// Лечение и реабилитация детей с патологией опорно-двигательного аппарата. СПб.: 1997, с. 20-21

7.Клиническая психология. Под. ред. Карвасарского Н.И. СПб.: Питер. – 2001.

8.Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. – Прага – 1983, Мед. изд-во АВИЦЕНУМ.

9.Лакосина Н.Д. , Ушаков Г.К. Медицинская психология. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1984.

10.Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию. – М.: Медпресс, 1966.

11.Личко А.Е. Подростковая психиатрия.- М.:Медицина, 1985.

12.Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. – М., Медицина, 1977.

13.Мамайчук И.И. Психологическая подготовка детей с ортопедическими заболеваниями к хирургическому лечению// Ортопедия и травмотология. – 1981 № 7.- с. 60-64.

14.Мамайчук И.И. Влияние личностных особенностей детей на эффективность ортопедо-хирургического лечения// Ортопедическое лечение детей с патологией опорно-двигательного аппарата., Л.. 1986. С. 20-23.

15.Матвеев В.Ф. Основы медицинской психологии, этики, деонтологии. СПб.: Мед. – 1989.

16.Медицинская психология/ Уч. пособ. Под. ред. Гайдунка Ф.Н. СПб.: Питер, 2000.

17.Медицинская энциклопедия/ Пер. с англ. М. Луппо – М.: Кроннпресс, 2002.

18.Мясищев В.Н., Карвасарский Б.Д. Основы общей и медицинской психологии. Л., Медицина, изд. 2-е, 1975.

19.Менделевич И.К. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. М.: Медпресс, 1999.

20.Миронова О.И. Особенности эмоционально состояния детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата// 5-й съезд травматологов и ортопедов России: тез. докл. – Нижний Новгород, 1997. с. 839.

21.Миронова О.И., Баталов О.А. Возраст и эмоциональное состояние детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата/ Лечение и реабилитация детей-инвалидов. – СПб., 1997. – с. 20-21.

22.Мясищев В.Н. Персонология, психология и медицина.//Клинико - психологические исследования.-Л., 1971.

23.Психологические методы в педиатрии и детской психоневрологии: уч. пособ./ Под. ред. Д.И. Исаева, В.Е. Когана. – СПБ.: ПМИ, 1991.

24.Практикум по возрастной психологии/ Под. ред. Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко. – СПб.: Речь, 2001.

25.Пятакова Г.В. Актуальные вопросы в формировании личности детей-инвалидов с патологией опорно-двигательного аппарата. Автор канд. дис. СПб., 1999.

26.Пятакова Г.В., Кутузов А.П. Исследование механизмов регуляции переживаний у детей-инвалидов// Лечение и реабилитация детей с ортопедической патологией. СПб., 1997, - с. 20-21.

27.Пятакова Г.В., Кутузов А.В. Исследование отношения к заболеванию у детей с двигательными нарушениями./ Стандарты и технологии помощи детям при ортопедической патологии., - СПб, 1999. с. 160-162.

28. Свинцов А.А. Уровень и структура инвалидности у детей раннего возраста в условиях крупных городов/ Стандарты и технологии помощи детям при ортопедической патологии., - СПб, 1999. с. 12-14.

29.Ташлыков В.Д. Психология лечебного процесса. – Л.: Мед., 1994.

30.Теплов Б.М. Избранные труды: В 2-х т. – М.: Педагогика, 1985.

31.Шухова Е.С. Реабилитация детей с заболеваниями нервной системы. – М.: Мед., 1979.

27. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматические расстройства у детей. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.

28. Исаев Д.Н. Психология больного ребёнка. – СПб.: 1996. – 76 с.

29. Шкуренко Д.А. Общая и медицинская психология. – Ростов-на-Дону.: «Феникс», 2002. – 352 с.

30. Чеботарёва Э.П. Врачебная этика. – М. Медицина.: 1972. – 340 с.