**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

**ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ**

**СЕЙДАМЕТОВА СЕВІЛЬ ІЛЬМІЇВНА**

УДК 159.923.31:446.4

**ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМИ СТАВЛЕНЬ ТА ЇЇ ПСИХОКОРЕКЦІЯ У ЖІНОК З ОДНОСТОРОННІМ УКОРОЧЕННЯМ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ**

19.00.04 – медична психологія

Автореферат

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата психологічних наук

Харків – 2014

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Національному аерокосмічному університеті ім. М. Є. Жуковського «ХАІ» Міністерства освіти і науки України

|  |  |
| --- | --- |
| **Науковий керівник:** | доктор психологічних наук, професор КочарянОлександр Суренович, Харківський національнийуніверситет імені В. Н. Каразіна Міністерства освіти і науки України, кафедра психологічного консультування і психотерапії, завідувач кафедри |
| Офіційні опоненти: | доктор медичних наук,професор **Маркова** **Маріанна Владиславівна**, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України,кафедра сексології та медичної психології, професор кафедридоктор психологічних наук, професор **Хомуленко** **Тамара Борисівна,** Харківській національній педагогічний університет ім. Г.С.СковородиМОН України, кафедра практичної психології, завідувач кафедри |

Захист відбудеться «03» червня 2014 р. о 11.00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.609.03 в Харківській медичній академії післядипломної освіти МОЗ України за адресою: 61176, м. Харків, вул. Корчагінців,58.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України за адресою: 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58.

Автореферат розісланий « 30 » квітня 2014 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради,

кандидат психологічних наук, доцент Н. К. Агішева

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність дослідження.** Результати численних досліджень (М.И. Баженова, 2007; К. М. Бутко, 2013; Р.Ш Валієв, 1989; Д.В. Гартфельдер, 2008; Є.А. Єгорова, 2011; Л.І Івахненко, 2012; І.А. Казакова, 2009; М. Г Кисельова, 2012; И.А.Макарова 2011; В. М. Мясіщев, 2000, 2002, 2003; С. Д. Максименко, 2008; В. В. Ніколаєва, 1987; В.І. Семіволос, 2009; О. Т. Соколова, 1995, 2000; О. Ш. Тхостов, 2002; Т. Б. Хомуленко, 2009, 2010; Н.Ф. Шевченко, 2009, Шестопалова Л.Ф. 1993, 1998, 2006, 2007 ; М. А Ярославська, 2011 та ін.) системи ставлень особистості при соматичних захворюваннях і фізичних дефектах виявляють загальні особливості її порушень: цілісності системи відносин, емоційно неблагополучне ставлення до себе і основних сфер функціонування, порушення міжособистісних стосунків. Істотне місце в системі ставлень людини, яка має фізичну ваду, займає ставлення до дефекту, що багато в чому визначає порушення всієї системи ставлень особистості. Специфіка соматичного дефекту визначає найбільш уразливі ланки системи значущих ставлень особистості, що специфічно оформляє порушення всієї системи, а в крайніх випадках клінічну картину невротичних станів.

Травма нижньої кінцівки, яка призвела до її вкорочення, виступає як життєва ситуація, яка перебудовує систему ставлень особистості (Л. Й. Вассерман, 2006; В. М. Мясіщев, 2003; та ін.). Ортопедичний дефект травматичного ґенезу змінює ставлення людини до самої себе, до світу і позначається на стосунках з людьми. Фізичний дефект може викликати соціально-психологічний вивих, аналогічний тілесному вивиху, і реалізовуватися як соціальна ненормальність поведінки (Л. С. Виготський, 1980).

Незважаючи на спроби, що приймаються в клінічній психології, диференціювати переживання різних ситуацій соматичної патології (М. В.Маркова 2009, 2010, 2013; В. В. Ніколаєва, 1987; О. Т. Соколова, 2000; О. Ш. Тхостов, 2002), активні психологічні дослідження, присвячені ортопедичному дефекту, практично відсутні. Деякі автори (Е. Goffman, 1963; F. C. MacGregor, 1979 та ін.) стверджують, що люди з фізичними вадами являються стигматизованими. Соціальні стереотипи, що стигматизують можуть підтримувати, посилювати неконструктивні, морбідні особистісні характеристики за допомогою створення деструктивних і дефіцитарних полів (Г. Аммон, 1995; С. В. Духновський, 2006). Зміна зовнішнього вигляду призводить до порушення внутрішньої міжособистісних відносин, соціальної дезадаптації (Е. А. Беюл, Ю. П. Попова, 1990 та ін.). Таким чином, фізична гідність людини є важливим аспектом соціальної стратифікації, що символічно оформлює і закріплює взаємні оцінки, очікування, домагання і всю систему відносин особистості.

Більшість дослідників проблем фізичних відмінностей сходяться в думці про те, що узагальнення,засновані на категоризації «вродженого» і «набутого», відрізняються обмеженою корисністю,зважаючи на те, що людям з набутою фізичною вадою доводиться справлятися з переживаннями, пов'язаними з ситуацією появи дефекту і втратою колишнього вигляду (Е. Bradbury, 1997; R J. Newell, 2000). В літературі є дані, що самооцінка зовнішності у жінок корелює з загальною самооцінкою (Е.С Багненко, 2012; Л.Т. Баранська, 2009; Н. Рамсі, Д. Харкорт, 2009; О.С.Кочарян з співавт., 2002, та ін.), якістю життя та психічним благополуччям, отже наявність тілесного дефекту негативно впливає на систему ставлень жінок.

У зв'язку з цим, важливим медико-психологічним завданням є гармонізація системи ставлень особистості жінок з вкороченням нижньої кінцівки і підтримка її на рівні, відповідному успішній внутрішньої міжособистісній діяльності, що можливо створити на основі вивчення порушених ланок системи ставлень особистості жінок з ортопедичною травматичною патологією на основі чого розробити програму їх психокорекції.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами,темами.** Дисертаційне дослідження виконане згідно договору про науково-дослідну співпрацю між Національним аерокосмічним університетом ім. М. Є. Жуковського «ХАІ» МОН України та Харківською медичною академією післядипломної освіти МОЗ України за темою «Порушення здоров’я сім’ї у кризових станах різного ґенезу. Причини, механізми розвитку, клінічні прояви і система психодіагностики, психокорекції, психопрофілактики» (номер державної реєстрації 0112U000972).  Тема дисертації затверджена Міжвідомчою радою з координації наукових досліджень в галузі педагогіки та психології в Україні (протокол № 7 від 24.09.2013 року).

**Мета і задачі дослідження.** *Мета* – на основі ідентифікації порушених ланок системи ставлень особистості жінок з ортопедичним дефектом, розробити програму психокорекції, спрямовану на гармонізацію системи ставлень жінок, та надати оцінку її ефективності.

Відповідно до мети роботи були поставлені такі *задачі*.

1). Провести теоретико-методологічний аналіз проблеми порушення системи ставлень при фізичних дефектах та її психокорекції.

2). Дослідити особливості ставлення до фізичного, психо-соціального функціонування і функціонального стану жінок з набутим ортопедичним дефектом.

3). Визначити типологічні особливості ставлень до набутого ортопедичного дефекту.

4). Проаналізувати особистісні особливості жінок з набутим ортопедичним дефектом.

5). Встановити особливості міжособистісних відносин жінок з набутим ортопедичним дефектом.

6). Виявити специфіку самоставлення жінок з набутим ортопедичним дефектом.

7). Розробити програму психокорекції, спрямовану на гармонізацію системи відносин жінок з набутим ортопедичним дефектом травматичного ґенезу, та надати оцінку її ефективності.

*Об'єкт дослідження* – система ставлень особистості жінок з ортопедичним дефектом.

*Предмет дослідження* – порушення ланок системи ставлень особистості жінок з ортопедичним дефектом, та їх психокорекція.

**Методи дослідження.** Для реалізації поставлених завдань використовувалися такі методи дослідження: теоретичний (формально-логічний аналіз аспектів досліджуваної проблеми, логіко-дедуктивний метод, сходження від абстрактного до конкретного, логічні методи і прийоми дослідження (аналіз, синтез); інтерв'ю; бесіда; психодіагностичний (номотетичні і ідеографічні методи); метод експертних оцінок; методи математичної статистики (описові статистики, параметричні, методи багатовимірної статистики).

**Методологічну і теоретичну основу дослідження склали:** концепція системи ставлень особистості В. М. Мясіщева, положення генетичної психології С. Д. Максименка, уявлення про біо-психо-соціальну природу людини (Л. Й. Вассерман, В. Т. Волков, В. М. Мясіщев, А. К. Стреліс та ін. ), вчення про вплив соматичної/фізичної патології на психіку (Р.А. Лурія, В. В. Ніколаєва, F. C. MacGregor та ін.), міждисциплінарна концепція якості життя (Н. Н. Блінов, Л. Й. Вассерман, А. А. Новік та ін.), положення психології шлюбно-сімейних відносин (Г. С. Кочарян, О. С. Кочарян, В. В. Кришталь та ін.), основи медико-психологічної допомоги (Л. Ф. Бурлачук, Г. С. Кочарян, О. С. Кочарян, В. В. Кришталь, М. В. Маркова, О. Г. Луценко, Б. В. Михайлов, Т. Б. Хомуленко, Л. Ф. Шестопалова, Н. Ф. Шевченко, та ін.), принципи побудови групових форм психокорекційної роботи (К. Рудестам, І. Ялом Т. С. Яценко та ін.), принципи патогенетичної (В.М.Мясіщев) та клієнт-центрованої (К. Роджерс) психотерапії.

**Наукова новизна** одержаних результатів полягає в тому, що

*вперше*:

* доведено, що з плином часу якість життя і рівень суб'єктивного комфорту жінок з укороченням нижньої кінцівки травматичного ґенезу мають тенденцію до поліпшення, але значно відхиляються від нормативних показників;
* визначено, що типи ставлень до дефекту набувають диференційованості у віддалені терміни після отримання травми в основному дезадаптивного змісту;
* доведено, що стани тривоги, страху, емоційної лабільності, які виникають в ранні терміни після отримання травми, з плином часу трансформуються в стійкі особистісні утворення;
* визначено, що довгостроково існуючий ортопедичний дефект у жінок сприяє формуванню специфічних типів ставлення до своєї дитини, а саме:соціальної бажаності, авторитарної гіперсоціалізації, інфантилізації;

*дістали подальшого розвитку*:

* теоретичні уявлення щодо міжособистісної взаємодії жінок з ортопедичним дефектом у вигляді укорочення нижньої кінцівки травматичного походження, а саме: при довгостроковому дефекті проблема меншовартості і приниження домінує в інтерперсональних контактах, емоційна усвідомленість більш диференційована при тривало існуючому дефекті, ніж при нещодавно набутому; при нещодавно набутому дефекті позиція у інтерперсональних стосунках захисна; незалежно від тривалості існування дефекту основною проблемою інтерперсональних відносин стає людська гідність; з плином часу відбувається інверсія агресії і відчуженості, ектрапунітивність замінюється інтрапунітивністю, гіперсоціальністю, фасадністю;
* теоретичні уявлення про особливості шлюбно-сімейних відносин, а саме: стильовими особливостями шлюбних відносин при нещодавно набутому дефекті нижньої кінцівки виступають протективна і дефензивна захисна активність, тенденція до розвитку депресивних станів з фіксацією на психотравмі, з плином часу на перший план виступають депресія і соматизація тривоги, незалежно від тривалості існування ортопедичного дефекту його наявність визначає блокаду сексуального компоненту;

*доповнено і уточнено:*

* теоретичні уявлення щодо самоставлення жінок з ортопедичною травматичною патологією, а саме: образу «Я» жінок з ортопедичною патологією притаманне емоційно-чуттєве ослаблення його сприйняття; при довгостроково існуючому дефекті конфлікт самоставлення стає тотальним; при нещодавно набутому дефекті образ «Я» неоформлений, відбиває його становлення; яскраві негативні переживання на ранніх етапах існування дефекту, пов’язані з входженням у соціальний контекст, з плином часу замінюються нестачею життєвості «Я», безпорадність стабілізується в «Я» структурі.

**Практична значущість** одержаних результатів дослідження полягає в розробці і впровадженні програми психокорекції системи ставлень жінок з ортопедичною патологією травматичного походження. Вищевказана система впроваджена в практику роботи міської клінічної лікарні № 6 швидкої медичної допомоги м. Сімферополя (акт впровадження № 65, від 22.04.13), Сімферопольської центральної районної клінічної лікарні (акт впровадження № 26, від 13.03.13), клініки  Кримського державного медичного університету (акт впровадження № 216, від 02.02.13).

Отримані дані використовуються в учбовому процесі на кафедрах психології Національного аерокосмічного університету ім. М. Є. Жуковського «ХАІ» (акт впровадження № 38-707/42, від 26.02.14), Кримського інженерно-педагогічного університету (акт впровадження № 01.3-08/160, від 20.02.14).

**Апробація результатів дисертації*.*** Основні положення дисертаційної роботи оприлюднені та обговорені на наступних наукових форумах: VI науково-практичному семінарі «Теоретичні та методичні засади практичної психологii: прикладні аспекти глибинної психокорекцii» (Ялта,02-04.10.2009), III Міжнародній науково-практичній конференції «Наука,освіта,суспільство очима молодих» (Рівне,19-20.05.2010),VIII науково-практичному семінарі «Теоретичні і методологічні основи практичної психології: діагностика і корекція в їх єдності» (Ялта, 1-3.11. 2011),VI Всеукраїнській науково-практичній конференції «Сучасні пріоритети практичної психології» (Сімферополь, 16.12. 2011), I Кримській конференції молодих вчених і спеціалістів АР Крим «Блискуновські читання» (Сімферополь, 28.11.2011), науково-практичному семінарі «Теоретичні і методологічні основи практичної психології: роль архетипу в візуалізації феномену психічного» (Ялта, 29.09.2012), Міжнародній молодіжній науково-практичній конференції «Вектори психології – 2013» (Харків, 17. 04. 2013), науково-практичній конференції студентів і молодих вчених «Психологія в сучасному світі» (Харків, 10.04.2013), Х науково-практичній конференції студентів та молодих вчених «Психологічні проблеми сучасності» (Львів, 11. 04. 2013), Першій Міжнародній науково-практичній конференції «Розвиток особистості у рамках просторово-часової організації життєвого шляху» (Одеса, 26.04. 201 ), Всеукраїнській науково-практичній конференції «Традиції та новації сучасної освіти в Україні» (Сімферополь,18.04.2013), ІІ Міжнародних психолого-педагогічних Челпанівських читаннях (з нагоди 100-річчя заснування Психологічного інституту Г.І. Челпановим) (Київ, 16-17.04.2013),V Міжнародній науково-практичній конференції – ORT Publishing (Штутгарт, Німеччина) European Applied Sciences: modern approaches in scientific researches (Европейские прикладные науки: современные подходы в научных исследованиях) (Штутгарт, 26-27.08.2013).

**Публікації.** Матеріали дисертації викладено у 12 публікаціях, з них – в 6 статтях у фахових виданнях України (одноосібні), 2– у міжнародних наукових виданнях, включених до наукометричних баз (1 одноосібна) та 4-х тезах доповідей.

**Структура і обсяг роботи.** Дисертація складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел (що налічує 234 джерел) та додатків. Робота викладена на 232 сторінках машинописного тексту (основний текст – 180 сторінок) та містить 52 таблиці і 43 рисунки.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ ДИСЕРТАЦІЇ**

У **вступі** обґрунтовано актуальність дослідження, визначено об’єкт, предмет, мету і задачі дослідження, висвітлено наукову новизну і практичну значущість одержаних результатів, відомості про апробацію роботи та наукові публікації за темою дисертації.

**Розділ 1«Теоретико-методологічний аналіз системи ставлень у осіб з фізичними дефектами»** присвячено огляду наукових джерел з питань ставлень особистості при фізичних дефектах та соматичній патології. Ситуація фізичної травми різко змінює характер взаємовідносин людини з оточуючим світом, тому комплексний розгляд взаємозв’язку травми і особистості дозволяє вести мову про зміни не фізичного і/або психічного статус у пацієнта, а усієї системи його відносин з світом та до світу. Теоретичною основою цього напрямку є концепція особистості В. Н. Мясіщева (1956, 1957), в якій людина виступає як єдина біо-психо-соціальна система, а особистість - як система емоційно насичених ставлень з іншими людьми та самою собою. В цій системі тілесний дефект може виступати в якості самостійного психотравмуючого чинника, порушувати самооцінку індивіда, звичний порядок подій, характер інтерперсональних взаємин. Системоутворюючим підґрунтям психології людини є «комплекс суспільних ставлень», в рамках котрого формується його особистість. Ставлення особистості – це активний, свідомий, інтегральний, селективний, заснований на досвіді зв'язок особистості з різними сторонами дійсності. На думку В. Н. Мясіщева, ставлення це системоутворюючий елемент особистості, який предстає як система ставлень, що є найважливішою передумовою розуміння походження дисфункціональных процесів. Сама по собі фізична патологія в «чистому вигляді» не існує, вона включена в контекст взаємовідносин з іншими людьми. Страждання та почуття власної неповноцінності, породжуються не фізичним дефектом, а його соціальними наслідками (обмеженнями культурного та професійного розвитку, стигматизуючим ставленням оточуючих, самотністю та ін.).

Фізичні вади, особливо ті, що потрапляють в поле зору іншого, стають причинами соціального, особистісного «дефекту» та провокують «дефекти» комунікативного змісту, звужуючи його потенціал (Е. Goffman, 1963; F. C. МacGregor, 1979; Е. Bradbury, 1997; R J. Newell, 2000 та ін.). Пацієнти з фізичними вадами в процесі лікування і реабілітації стикаються з необхідністю перебудови системи ставлень (В. М. Мясіщев, С. С Лібіх, 1975 та ін.). На ставлення до дефекту впливають багато соціально-психологічних чинників, а саме: вік людини, її стать, характерологічні та особистісні особливості, патерни захисної та подолаючої поведінки, суб’єктивна концепція походження ситуації, що призвела до певного фізичного дефекту, блокування дефектом ціннісно-смислової системи, професійні, кар’єрні прагнення та ін. ( Г. А. Аріна, 2007; О. І. Купрєєва, 2004; Б. В. Михайлов, 2002 та ін.).

В літературі є дані, що самооцінка зовнішності у жінок корелює з загальною самооцінкою (Н. Рамсі, Д, Харкорт, 2009), якістю життя та психічним благополуччям. Так, існують дані про психологічне функціонування особистості при дерматологічних хворобах (Д. Райан, 1985), опікових дефектах (К.Філліпс, 2009), мастектомії (M. King, 2000; М.В.Маркова, Ю.Ю. Мартинова, 2013), ревматоїдному артриті (M. Vamos, 1990), ампутації нижніх кінцівок (О. І. Купрєєва, 2004), дефектах, які виникли внаслідок невдалих пластичних операцій (L. Hughes, 1998), ахондроплазії (В. И. Шевцов, 2000, С.А. Хвостова, 2001) тощо. Важливим аспектом проблеми самооцінки зовнішності є гендерна різниця у її прояві. Відмічається більш загострене ставлення до зовнішнього вигляду у жінок порівняно з чоловіками, жінки більш стурбовані тим, що про їх зовнішній вигляд думають інші, вони значно вразливіше сприймають критику та глузування з приводу їх зовнішності (С. Р. Пантєлєєв, 2001).

Незважаючи на багаточисельні роботи, присвячені дослідженню системи ставлень особистості до фізичних дефектів, проблемі ортопедичного дефекту (укорочення нижньої кінцівки травматичного походження)в психологічній площині приділено недостатньо уваги. Існує прогалина у даних щодо надання психологічної допомоги зазначеному контингенту жінок.

**У другому розділі «Організація та методи дослідження»** надано розгорнуту характеристику дослідницьких груп та методів дослідження. Групу 1 (надалі гр. 1) склали 73 жінки від 28 до 49 років, середній вік 37±4,5, з одностороннім неінвалідизуючим укороченням кінцівки від 3-х до 8 см (5,39±1,35), наявність існування дефекту травматичного ґенезу від 3-х до 12 років(5,37±2,05). Групу 2 (надалі гр. 2) склали 64жінки у віці від 27до 51 року, середній вік 38±3,9, з одностороннім неінвалідизуючим укороченням кінцівки від3-х до 8см. (5,47 ±1,24), тривалість існування дефекту від 6до 12місяців (7, 71±1,51). Групу 3 (надалі гр. 3) склали 70 здорових жінок у віці від 27 до 50 років, середній вік 37±3,4.За соціально-демографічними показниками всі 3 групи були однорідні. У групи були включені випробовувані без психічної і вираженої соматичної патології з боку інших органів і систем.

Емпіричне дослідження побудовано на співвідношенні номотетичних і ідеографічних методів до вивчення системи ставлень особистості. Номотетичні методи спрямовані на виявлення загальних закономірностей, тому основні характеристики системи ставлень особистості випробовуваних, стратегії, способи їх поведінки, внутрішньо і міжособистісної комунікації виявлялися за допомогою стандартизованих процедур. Номотетичні методи представлені у вигляді набору методик, спрямованих на виявлення: *особливостей якості життя*: «Короткий загальний опитувальник оцінки статусу здоров'я», SF-36 (J. E. Ware, 1993); *типу ставлення до дефекту* – «Методика для психологічної діагностики типів ставлення до хвороби» (ТОБОЛ; Л. Й. Вассерман з співавт., 2005); *самооцінки суб'єктивної комфортності* – «Шкала оцінки суб'єктивної комфортності» (А. Лєонова, 2003); *особливостей самоставлення особистості* – «Методика дослідження самоставлення; (МІС)» (С. Р. Пантелєєв, 1993);*особливостей міжособистісної сензитивності* – «Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R)» в адаптації Н. В. Тарабриної, 2001 (шкала «Міжособистісна сенситивність); *особистісних особливостей*: «Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості» (Л.М.Собчік, 1990); *особливостей ставлення до власної тілесності* – «Індекс функціонування Self-системи» (шкала «Негативне тілесне Self»), (Н.М.Залуцька, 2003); *особливостей міжособистісних відносин*: «Метод діагностики міжособистісних відносин; (ДМВ)» (Л. М.Собчік, 1990); *дисгармонії міжособистісних відносин*: «Суб'єктивна оцінка міжособистісних відносин» (С. В. Духновський, 2006); *особливостей подружньої комунікації*: «Опитувальник подружньої комунікації» (Bienvenu, за С. Schaap, 1982); *сприйняття і розуміння шлюбно-сімейного конфлікту та індивідуально-захисних патернів дружини*: «Реакції подружжя на конфлікт» (О. С.Кочарян, Г. С.Кочарян, 1994 ); *особливостей сексуальної самооцінки* – «Шкала сексуальності» (W. E. Snel, D. R. Papini, 1989); *типу батьківського ставлення – «*Методика діагностики батьківського ставлення» (А. Я. Варга, В. В. Столін, 1986).

У фокус уваги ідеографічних методів поміщається особистість як унікальний феномен, що передбачає опис і пояснення конкретного, одиничного елементу, із залученням методології якісних досліджень. Ідеографічні методи представлені у вигляді наступного набору методик, спрямованих на виявлення: *невербальних компонентів ставлення до тіла та власного «Я»*: «Методика «Малюнок людини» (К. Маховер, 1948), «Колірний тест ставлень» (А. М. Еткінд, 1988), методика «Особистісний диференціал» (Е. Ф. Бажін, А. М. Еткінд, 1983); *сфери напруги міжособистісних відносин:* «Мальований апперцептивний тест» (Л. М. Собчік, 1990).

**У розділі 3 «Порушення системи ставлень у жінок з одностороннім укороченням нижньої кінцівки травматичного ґенезу»** наведено результати власного емпіричного дослідження.

Встановлено, що якість життя жінок з ортопедичним дефектом значно відрізняється від якості життя групи контролю, найбільші відхилення від показників норми фіксувалися у групі жінок з нещодавно набутим ортопедичним дефектом. З плином часу якість життя за показниками *«фізичного компоненту здоров’я»* (фізичне функціонування; рольове функціонування, обумовлене фізичним станом; інтенсивність болю; загальний стан здоров’я)статистично достовірно покращується (р=0,00). Показники *«психологічного компоненту здоров’я»* з плином часу покращуються за шкалами «психічне здоров’я» та «соціальне функціонування», проте за шкалою «життєва активність» відмінностей між гр. 1 і 2 не отримано (р=0,56), що свідчить про хроніфікацію редукції життєвих сил, перманентне відчуття нестачі життєвості та енергійності. Отже, показники якості життя в ранні строки після отримання травми, яка призвела до укорочення кінцівки, згодом покращуються, але не досягають показників норми. Оцінки «психологічного компоненту здоров’я» відбивають звуження соціальних контактів, сполучених з депресивним фоном настрою, тривогою, психічним неблагополуччям, нестачею енергійності та безсиллям. Покращення якості життя носить нелінійний характер, покращення фізичного компоненту здоров’я не призводить до відновлення всіх компонентів психологічного компоненту здоров’я. В цілому, якість життя жінок з ортопедичною вадою,незалежно від тривалості дефекту,характеризується не лише обмеженнями у фізичній сфері, алей у сферах рольового, соціального та психічного функціонування, що свідчить про проникнення фізичного дефекту в систему ставлень жінок з ортопедичною вадою.

Для медичної психології одним з найбільш важливих в особистісній структурі людини з фізичною вадою є саме ставлення до останньої. Серед жінок з тривало існуючим укороченням нижньої кінцівки (гр. 1) переважали наступні типи ставлення до власного дефекту:

*ергопатичний* тип ставлення до дефекту (30%), який характеризується зниженням критичності до свого стану, применшенням «значення» дефекту, «відходом» в роботу та виступає у якості компенсаторного механізму;

*неврастенічний* тип ставлення до дефекту (26%), поведінка при такому типі характеризується роздратованістю, яка виливається на першого ліпшого з подальшим каяттям;

*меланхолійний* тип ставлення (16%), характеризується надмірною пригніченістю, депресивними висловлюваннями, песимістичною оцінкою навколишнього;

*сенситивний* тип ставлення до дефекту (11%), який свідчить про коливання настрою, головним чином пов’язане з міжособистісними контактами. Особам з таким типом ставлення до дефекту властива надмірна вразливість, стурбованість тим, яке враження справляє на оточуючих фізичний дефект.

При аналізі типів ставлення до дефекту в двох групах жінок звернув на себе увагу той факт, що в групі жінок з тривало існуючим дефектом значимо домінують «чисті» типи, в той час як при недавно набутому дефекті найбільшому числу досліджуваних притаманні дифузні типи ставлення до дефекту. Дана обставина може бути пояснена тим, що при недавно набутому дефекті ставлення до останнього ще не набуло усталеної структури і однозначного його тлумачення, тоді як при тривало існуючому дефекті ставлення стає стійким і характеризує цілісну концепцію дефекту і ставлення до нього.

З метою багатостороннього дослідження особистості був застосований «Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості». Профілі у всіх групах виявилися неоднорідними, серед них можна було виділити кілька варіантів у кожній групі. У групі 1 було виділено 4 варіанти особистісних профілів. Перший варіант*(тривожно-недовірливий)* (7821'63049 / 5 FKL, 31,8%) характеризувався загостренням тривожно-недовірливих, ананкастних і сенситивних рис особистості. В цілому профіль відображає тривожно-депресивний стан з іпохондричними включеннями. Піки по шкалах 7 (тривожність) та 8 (індивідуалістичність) практично досягають 70 Т балів і свідчать про соціальну дезадаптацію хронічного характеру, що в свою чергу продиктовано комплексом неповноцінності, відчуттям власної недосконалості, підвищеним почуттям провини, сорому. Характерним є нервозність, схильність до безкінечного, марного обміркування проблем («розумова жуйка»), відгородженість, хронічне почуття душевного дискомфорту, невпевненість у власних силах. Другий варіант (*напружено-песимістичний)*профілю (12'70345689 FKL, 29,5%) характеризувався максимальним підвищенням показників 1-ї шкали (невротичний надконтроль), що поєднується з високою 2-ю (песимістичності) і підвищенням 7-ї (тривоги), 0-ї (інтроверсії). Такий профіль характерний для осіб з вираженими тривожно-недовірливими рисами. Стан таких жінок емоційно напружений, пригнічений, тривожний з іпохондричною фіксацією. Для цих жінок були характерні песимізм, знижена самооцінка, невпевненість у собі, напруженість і тривога. Легко виникає почуття провини і недостатня оцінка власних можливостей, їх відрізняла вразливість, сентиментальність, сенситивність.. Страх невдачі визначає поведінкову активність таких особистостей: виникає обмежувальна поведінка, що виявляється у відмові від діяльності, якщо успіх не гарантований. Перевага надається вузькому колу близьких людей, оскільки встановлення нових міжособистісних зв'язків дається насилу. Захисним механізмом є відмова від самореалізації і посилення самоконтролю свідомості. Особам даного особистісного типу притаманні такі особливості: високий рівень усвідомлення наявних проблем, песимістична оцінка перспективи, схильність до роздумів, виражена глибина переживань, самокритичність, інертність у прийнятті рішень. Третій варіант*(невротично-ригідний)*(612'4903 FLK, 21,2%) особистісного профілю характеризувався підвищенням показників 6-ї шкали (ригідності), поєднаних з підйомом профілю на невротичних шкалах: l-й (надконтролю), 2-й (песимістичності), помірним підвищенням 4-ї шкали (імпульсивності). Таке розташування профілю свідчить про підвищену стійкість негативно забарвлених афективних переживань, схильність до конфліктів, дратівливості, недовірливості, нестриманості, спалахах агресивності. Таким чином, соціальні контакти ускладнені дратівливістю, зниженим настроєм, тривогою, песимістичним ставленням до власних і сімейних проблем, пригніченістю. Особи з даними профілем особистості виявилися ригідними, конформними, педантичними, дистанційованими, сентиментальними, образливими. Поведінка таких жінок визначається залежністю від соціального схвалення, заклопотаністю своїм соціальним статусом і прагненням викликати до себе симпатію оточуючих. Поєднання піків на 2 і 6 шкалах відображають виражену дисгармонійність;відбувається збільшення труднощів у міжособистісному спілкуванні: прагнення уникнути розчарування, обмежувальна поведінка з очікуванням агресивних дій з боку інших людей. Четвертий варіант *(інтровертивний)* особистісного профілю (0'71324 FKL, 17,5%) характеризувався значним підвищенням за шкалою 0 (інтроверсії), що вказує на зверненість інтересів у світ внутрішніх переживань, зниження рівня включеності в соціальне середовище, замкнутість, прихованість, вибірковість у контактах, прагнення уникати міжособистісної взаємодії, що значно звужує сферу міжособистісних відносин. У ситуаціях стресу – загальмованість, втеча від проблем у самотність. У поєднанні з помірно підвищеною 7 шкалою (тривоги) підвищення шкали 0 свідчать про ослаблені соціальні контакти.

У групі 2 було виділено 2 варіанти особистісних профілів. Перший варіант *(тривожно-страждальний)* особистісного профілю жінок (72'1680LFK, 58,7%) 2 групи характеризувався значним підвищенням за 7 шкалою (тривожності) і шкалою 2 (песимістичності). Подібна конфігурація профілю вказує на стан вираженої тривоги, що ще не трансформувалась під впливом захисних механізмів у більш конкретний стан. Профіль відображає невпевненість в собі, нерішучість, почуття розгубленості, занепокоєння. Дані особистості відрізняються песимістичною самооцінкою, страхами, що викликані набутим дефектом. Другий варіант*(тривожно-ригідний)* особистісного профілю жінок 2 групи (763'12489 LFK, 41,3%) характеризувався підвищеною тривожністю у поєднанні з ригідністю і емоційною лабільністю. Дана конфігурація профілю свідчила про болючу фіксованість на ортопедичному дефекті. Реакція на стрес: посилення тривожності; поєднання емоційної нестійкості з фізіологічними розладами.

Отже, ортопедичний дефект являється значним стресором, що в ранні терміни після його отримання викликає виражений страх, тривожність, песимістичність, ригідність, емоційну лабільність, всі ці прояви особистості є реактивними утвореннями, які з часом фіксуються і призводять до диференційованих особистісних змін, котрі спираються, в свою чергу, на преморбідний особистісний радикал, який, сполучаючись з реакцією на травму, формує морбідні особистісні зміни.

Дослідження міжособистісних ставлень жінок з ортопедичною вадою встановило, що при тривало існуючому ортопедичному дефекті проблема власної малоцінності, меншовартості стає значущою в інтерперсональних стосунках, в яких іншим належить цінність, сила, впевненість, цій проблемі приділяється багато часу і енергетичних затрат; в той час як при нещодавно існуючому дефекті дана проблема відкидається під впливом дії захисних механізмів, які функціонують в гранично інтенсивному режимі на етапі пристосування до ортопедичного дефекту; емоційна усвідомленість при інтерперсональних контактах більш диференційована при тривало існуючому дефекті, ніж при нещодавно набутому дефекті; при недавно набутому дефекті позиція у інтерперсональних відносинах захисна; незалежно від тривалості існування дефекту основною в інтерперсональних стосунках стає проблема людської гідності; так само незалежно від тривалості існування дефекту значущим стає «погляд іншого». Отже, з плином часу захисні механізми психіки не витримують навантаження «погляду іншого», проблемність інтерперсональних стосунків посилюється, стає більш негативно емоційно свідомою.

Поглиблення уявлень про сферу міжособистісних стосунків жінок з ортопедичною вадою за допомогою методики «Суб'єктивна оцінка міжособистісних відносин» дало змогу встановити, що жінкам з довгостроково існуючим ортопедичним дефектом властива зайва зосередженість на сфері відносин, які є нестійкими, що доставляють дискомфорт і занепокоєння. Напруженість у відносинах пов'язана з почуттям сум'яття, емоційною нестійкістю. Напруженість у відносинах також властива жінкам з нещодавно набутим ортопедичним дефектом. Виявлено достовірно значущу різницю в відчуженості відносин між трьома групами. Найбільша (М=31,21) відчуженість у відносинах властива жінкам з тривало існуючим ортопедичним дефектом. Також жінкам гр.1 притаманна компромісна поведінка, нерішучість, залежність, уникнення конфронтації, що диктується страхом бути відкинутими; характерна демонстрація м'якосердя, альтруїзму. Жінки з нещодавно набутим ортопедичним дефектом схильні до здобуття контролю над іншими, експлуатації, що диктується їх обмеженими фізичними можливостями та відсутністю адаптації до них у ранні строки.

Вищенаведені результати було підтверджено даними за шкалою «Міжособистісної сензитивності», які дозволили констатувати у жінок з ортопедичним дефектом наявність почуття неповноцінності і неадекватності, при цьому подібні переживання посилюються при порівнянні себе з іншими (t=21,61, t=18,71, р=0,00). Притаманна тенденція до самоосуду, почуття неспокою в процесі міжособистісного спілкування. Комунікативні контакти опосередковуються почуттями невідповідності, неповноцінності, що впливає на їх якість.

Одним із завдань з вивчення системи ставлень жінок з ортопедичним дефектом було визначення особливостей системи подружніх відносин. Встановлена істотна різниця в стильових особливостях реагування на подружню психотравматизацію в 3-х групах досліджених. У гр. 1 бали за шкалою «неконструктивних установок на шлюб» знаходяться в зоні низьких значень, показники шкали що відображають захисні способи реагування, знаходяться в зоні середніх значень з тенденцією до низького рівня. Значення за шкалою агресії вказували на відсутність агресивних проявів в сімейній взаємодії жінок з тривало існуючим ортопедичним дефектом. Значення за шкалою «фіксації на психотравмі» перебували в зоні середніх значень, що вказує на тенденцію до фіксації афекту та інтелекту на психічній травмі. Піки в профілі утворені по шкалах «депресії» і «соматизації тривоги» свідчать про загальмованість, астенію, зниження інтересів. Ю. Л. Нуллєр (1981) описав депресію як захисне утворення, отже депресія при подружній психотравматизації виступає захистом, який дозволяє зберегти шлюб. Соматизація являє собою трансформацію психологічного напруження у фізичний дискомфорт, нездужання або захворювання. Проявляється цей захист в підвищеній увазі до власного самопочуття і здоров'я. У гр. 2 не виявлено неконструктивних установок на шлюб. Значення, отримані за шкалою депресії, свідчать про тенденцію до розвитку депресивних станів у жінок з нещодавно набутим ортопедичним дефектом. Значення за шкалами «агресії» і «соматизації тривоги» вказують на відсутність даних проявів у жінок з нещодавно набутим ортопедичним дефектом. Значення за шкалою «фіксації на психотравмі» вказують на тенденцію до застрягання афекту та інтелекту на психічній травмі. Найвищі піки утворені за шкалами «протективних» і «дефензивних» механізмів, що вказує на захисну активність як за типом недопущення в свідомість психотравмуючої інформації, так і за типом «реінтерпретативної активності». У гр. 3 встановлена гармонійність стилів реагування на подружню психотравматизацію. Отже, в ранні строки після вкорочення кінцівки в подружніх стосунках з’являється напруга, відбувається перебудова усталених стосунків, при яких активізуються захисні механізми ситуативного реагування, проте з часом ситуаційні захисти не справляються і відбувається нарощування депресії і соматизації, які також є захисними утвореннями, що забезпечують збереження шлюбу.

Наявність проблем у подружніх стосунках підтверджено результатами «Опитувальника подружньої комунікації». Рівень подружнього щастя достовірно нижче у жінок з тривало існуючим ортопедичним дефектом (t=5,80;t=12,78, при р=0,00), жінки з нещодавно набутим дефектом відрізняються як від жінок 1 гр. (t=5,80, при р=0,00), так і від жінок гр.3 (t=10,36, при р=0,00), у останніх рівень подружнього щастя має найвищі показники (М=13,47). Таким чином, наявність дефекту кінцівки у вигляді її укорочення позначається на рівні подружнього щастя, при чому при тривало існуючому дефекті рівень щастя знижується.

Якісні подружні стосунки неможливі без сексуальної гармонії подружньої пари. Оцінка власних сексуальних можливостей була вище у жінок контрольної групи (М=8,71). Крім цього жінкам контрольної групи властива сексуальна заклопотаність у порівнянні з жінками з груп 1 (t=5,27) і 2 (t=5,11). За шкалою сексуальної депресії значущих відмінностей між групами не виявлено. Дані результати вказують на зниження сексуального компоненту у жінок з ортопедичним дефектом, його незначність, певну блокаду сексуального компоненту у зв'язку з наявністю ортопедичного дефекту.

Для відтворення цілісної картини сімейних стосунків жінок з ортопедичним дефектом нами були досліджені типи ставлення жінок до своїх дітей. Було встановлено, що жінки з тривало існуючим ортопедичним дефектом достовірно відрізняються стилями виховання, у яких відбивається компенсація власного дефекту: бажання підігнати дитину до соціально-бажаного типу, що реалізується двома шляхами: 1а) - підтримкою дитини, зацікавленістю у її справах, створенням «образу соціальної бажаності поведінки»; 1б) - контролем за поведінкою дитини, авторитаризмом, вимогами беззастережного послуху, дисципліни, нав’язуванням своєї волі,«авторитарною гіперсоціалізацією»; 2) формування у дитини вивченої безпорадності за рахунок її інфантилізації, що призводить до підвищення самооцінки жінки та переживання власної потрібності.

Вивчення специфіки самоставлення жінок з ортопедичним дефектом дало наступні результати. У гр. 1 самоставлення жінок характеризувалось незадоволеністю собою, своїми можливостями, сумнівами в здатності викликати повагу, підвладність власного «Я» тимчасовим обставинам, нездатністю протистояти долі, поганій саморегуляції, розмитому локусі «Я». Уявлення жінок про себе засноване на відчутті того, що їх особистість, характер і діяльність не здатні викликати в інших повагу, симпатію, схвалення. Один з найбільш негативних піків в профілі самоставлення утворений за шкалою «самоцінність» (М=4,90, σ 2,28), що відображає недооцінку свого духовного «Я», сумніви в цінності власної особистості, відстороненість, втрату інтересу до свого внутрішнього світу. Характерна відсутність дружнього ставлення до себе, схвалення власних планів і намірів, що є важливим симптомом внутрішньої дезадаптації. Високий пік за шкалою «внутрішня конфліктність» (М=9,26, σ 1,98) в профілі самоставлення свідчив про наявність внутрішніх конфліктів, сумніви, незгоду з собою. За шкалою «самозвинувачення» високі бали (М=7,02, σ 1,69 ) свідчили про інтапунітивність, самозвинувачення, готовність поставити собі в провину свої промахи, невдачі, власні недоліки.

У 2 гр. жінок спостерігався підвищений поріг до усвідомлення свого «Я», знижена рефлексивність (М=5,60, σ 1,17). Щодо такого аспекту самоставлення як самовпевненість, спостерігалося деяке пониження даного аспекту в порівнянні з групою здорових жінок (t=4,34), але достовірно значуще підвищення по відношенню до групи жінок з тривало існуючим ортопедичним дефектом (t=4,56). Така ж картина спостерігається і за параметром «самокерівництво», достовірні відмінності між гр. 2 і гр. 3 (t=4,06) вказують на втрату адекватної саморегуляції, але на відносне її збереження в порівнянні з групою 1 (t=10,88). Почуття, пов'язані з очікуванням ставлення до себе з боку інших характеризувались невірою в те, що їх особистість, характер і діяльність здатні викликати в інших повагу, симпатію, розуміння і схвалення. За параметром «самоцінність» встановлені достовірно значущі відмінності як у порівнянні з 1 гр. (t=8,47), так і гр. 3 (t=7,85). Таким чином, емоційна оцінка себе за внутрішніми інтимними критеріями любові, духовності, багатства внутрішнього світу характеризується сумнівом у цінності власної особистості, відстороненості, що межує з байдужістю до свого «Я». За шкалою «самоприйняття» так само зафіксовані значущі відмінності між гр. 2 і гр. 1 (t=3,10), 3 (t=7,50). Таким чином, жінкам 2 гр. властива втрата дружнього ставлення до себе, згоди з собою, емоційного, безумовного прийняття себе таким, який ти є. За параметром «внутрішня конфліктність» встановлені достовірно значимі відмінності між жінками 2 гр. і гр. 1 (t=7,50), 3 (t=2,21). Таким, чином, у жінок з нещодавно набутим ортопедичним дефектом мають місце конфлікти у внутрішньому плані особистості. За шкалою «самозвинувачення» було встановлено достовірно значущі відмінності з групами 1 (t=4,91),3 (t=9,68), що свідчить про тенденцію до готовності поставити собі в провину свої промахи, невдачі, власні недоліки.

Вивчення ставлення жінок до власної тілесності виявило, що жінки з ортопедичною вадою незалежно від тривалості її існування негативно конотують власне тіло, яке сприймається ними відштовхуючим, дефектним, недостойним любові та небажаним як для них самих так і для оточуючих. Найбільш негативні оцінки було виявлено у жінок гр. 1 (М=29,13), які достовірно відрізняються від оцінок жінок гр.2 (t=2,48) та від жінок гр.3 (t=5,42).

Дослідження психосемантики власного образу «Я» у групі жінок з тривало існуючим ортопедичним дефектом дало наступні результати. Виявлено значущий кореляційний зв'язок між конструктами «Я» і «нудьга» (τ=0,75), наявність тісного зв’язку між зазначеними конструктами вказує на те, що нудьга імплантувалась в структуру уявлень про себе і є перманентним афектом. Встановлено достовірно значимі кореляційні зв'язки між конструктами «Я» і «порожнеча» (τ=0,79), «Я» і «безпорадність» (τ=0,88), «Я» і «сором»(τ=0,74,) «Я» і «сум» (τ=0,50). Встановлено достовірно значущий зворотній взаємозв'язок між конструктами «Я» і «радість» (τ=-0,47). «Я» жінок з тривало існуючим ортопедичним дефектом позбавлене переживання задоволення, насолоди. Отримано достовірно значущий зворотньо-пропорційний кореляційний зв'язок між конструктами «Я» і «сила» (τ=-0,47). Отже, «Я» жінок з тривало існуючим ортопедичним дефектом позбавлене сили. Достовірно значимі зворотні кореляції зафіксовані між конструктами «Я» і «краса» (τ=-0,54), «натхнення» (τ=-0,45), «здоров'я» (τ=-0,72). Таким чином, «Я» жінок з тривало існуючим ортопедичним дефектом конотується негативними конструктами, що вказує на перманентне переживання власної неадекватності, що продиктоване наявністю ортопедичного дефекту.

У групі жінок з нещодавно набутим ортопедичним дефектом зафіксовано достовірно значущий взаємозв'язок між конструктами «Я» і «горе» (τ=0,89). Взаємозв'язок даних категорій вказує на переживання горя, викликаного отриманою травмою, укороченням кінцівки, що в психічній реальності набуває сенсу втрати. Достовірно значущий взаємозв'язок встановлений між конструктами «Я» і «страх» (τ=0,78). Страх є результатом когнітивної оцінки ситуації як потенційно небезпечної, джерелом страху можуть бути формування гіпотез, очікування шкоди, безпосереднього зіткнення з структурованим об'єктом страху. Всі три вищевказані джерела страху об'єднуються в єдине джерело страху у жінок, які пережили травму нижньої кінцівки, госпіталізацію, реабілітацію, поступове входження в звичний соціальний контекст у незвичному образі «Я». Достовірно значущий взаємозв'язок був зафіксований між категоріями «Я» і «поразка» (τ=0,76), що вказує на сприйняття і відчуття власного «Я» як потерпілого провал, ураженого травмою. Разом з тим виявлено достовірно значущий кореляційний взаємозв'язок між категоріями «Я» і «подолання» (τ=0,74), що вказує на одночасне співіснування негативних переживань та їх подолання, про наявність роботи адаптаційних і компенсаторних механізмів. Близькими за семантичним значенням є категорії «слабкість» (τ=0,64) і «безпорадність» (τ=0,87), які також достовірно значимо корелюють з «Я», що вказує на переживання слабкості, астенії, безпорадності у своїх діях.

**У четвертому розділі «Програма психокорекції системи ставлень жінок з ортопедичним дефектом»** визначено основні принципи, цілі, завдання, механізми психокорекційної дії. Основні механізми психокорекційної дії були розглянуті відповідно з трьома найважливішими планами функціонування людини: емоційним; когнітивним; поведінковим. *Метою програми* є гармонізація системи ставлень особистості жінок з ортопедичним дефектом. Психокорекційний комплекс складався з декількох взаємопов'язаних блоків,кожному з яких була притаманна певна цільова спрямованість (рис. 1).

Гармонізація системи ставлень особистості; перехід від деструктивних форм ставлень до конструктивних; оволодіння ефективними способами взаємодії зі світом та самим собою.

Формування програми

психокорекції, діагностика особливостей ставлень особистості.

**ЦІЛЬ**

**ЦІЛЬ**

**ЦІЛЬ**

**ЦІЛЬ**

Надання інформації щодо мети психокорекції. Спонукання бажання змін.

Зміна психологічного змісту системи ставлень особистості.

Рис.1 Блоки психокорекційної програми і їх цілі

У психокорекційній програмі взяло участь по 12 учасників з кожної групи (жінки з гр. 1 та гр.2). Всі учасниці програми дали свою добровільну згоду і отримали необхідну інформацію про мету програми. Група мала закритий формат, вибір даного формату визначили такі особливості закритих груп, як їх велика ефективність, спільне і одночасне проходження всіма пацієнтами фаз психокорекційного процесу, значна глибина і сила групових переживань, велика згуртованість та ефективність поглибленої роботи з досягнення інсайту.

Ефективність проведеної програми психокорекції підтверджена суб’єктивно-пережитими позитивними змінами у внутрішньому світі, об’єктивно-реєстрованими змінами в системі ставлень, стійкістю та тривалим психокорекційним ефектом проведеної психокорекції(за G-критерієм та t-критерієм).

Після проведення програми психокорекції у учасниць групи з тривало існуючим ортопедичним дефектом виявилося: зростання оцінок суб'єктивної комфортності (р=0,000), підвищення самоцінності (р=0,000), зниження міжособистісної сенситивності (р=0,000), зниження тенденції до ізоляції в міжособистісних відносинах (р=0,000), зниження зверхкритичності по відношенню до себе і оточуючих (р=0,001), прийняття відповідальності у міжособистісних відносинах (р=0,001), подолання дезадаптивних когніцій, пов'язаних з міжособистісними відносинами (р=0,005), підвищення компетентності в поведінкових, комунікативних навичках (р=0,001), зниження відчуттів марності, неадекватності, сорому при міжособистісних контактах,підвищення самооцінки (р=0,001), розширення діапазону поведінкового репертуару (р=0,005). Після проведення програми психокорекції у учасниць групи з нещодавно набутим ортопедичним дефектом виявилося: зростання оцінок суб'єктивної комфортності (р=0,000), підвищення самоцінності (р=0,000), зниження міжособистісної сенситивності (р=0,000), зниження тривожності (р=0,001)), зниження тенденції до ізоляції в міжособистісних відносинах (р≤0,005), зниження зверхкритичності по відношенню до себе і оточуючих (р≤0,005), прийняття відповідальності у міжособистісних відносинах (р≤0,001), подолання неадаптивних когніцій, пов'язаних з міжособистісними відносинами (р≤0,001), підвищення компетентності в поведінкових, комунікативних навичках (р≤0,001), зниження відчуття марності (р≤0,005), неадекватності, сорому при міжособистісних контактах(р≤0,005), підвищення самооцінки (р=0,001), розширення діапазону поведінкового репертуару (р=0,005).

Слід відзначити, що при тривало існуючому ортопедичному дефекті тривожність, як особистісна риса, залишилася резистентною психокорекційним впливам (р=0,339), в той час як при недавно набутому дефекті тривожність,не імплантована в структуру особистості, з плином часу не закріпилася, отже, нівелювалася (р=0,001). Дана обставина дозволяє укласти про необхідність раннього психокорекційного втручання при ортопедичному дефекті травматичного ґенезу. Суб'єктивне та об'єктивне оцінювання також проводилося в групах контролю, у групах контролю змін не виявлено.

**ВИСНОВКИ**

1.В дисертаційній роботі здійснено теоретичне обґрунтування і запропоновано нове рішення актуальної наукової задачі ідентифікації порушених ланок системи ставлень жінок з одностороннім укороченням нижньої кінцівки, на основі чого розроблена та здійснена оцінка ефективності програми психокорекції даної категорії пацієнток.

2.Встановлено, що якість життя жінок з ортопедичним дефектом значно відхиляється від показників норми. Найбільше відхилення фіксується при нещодавно набутому ортопедичному дефекті, з плином часу оцінки якості життя підвищуються, але не досягають показників норми. Наявність укорочення кінцівки відбивається на рівні відчуття комфортності, призводить до його зниження. При цьому з плином часу погане самопочуття стає перманентним, дискомфортне самопочуття, що виникає в ранній період після отримання травми, трансформується в хронічно перебігаючий стан дискомфорту, який проникає в систему ставлень особистості жінок з ортопедичною вадою.

3.Виявлені типологічні особливості ставлення до ортопедичного дефекту. При довгостроково існуючій ортопедичній ваді переважають неврастенічний (26%), меланхолійний (16%), сенситивний (11%) типи ставлення до дефекту; серед адаптивних типів ставлення до дефекту переважає ергопатичний тип (30%), що характеризується стенічним ставленням до професійної діяльності та виступає у якості компенсаторного механізму. При нещодавно набутому дефекті переважає дифузний тип ставлення до дефекту, що свідчить про неоформлене, нестійке ставлення до нього на ранніх етапах його існування з подальшою його кристалізацією.

4.В групі жінок з довгостроково існуючим ортопедичним дефектом було виділено 4 варіанти особистісних профілів: «тривожно-недовірливий» (31,8%), «напружено-песимістичний» (29,5%), «невротично-ригідний» (21,2%), «інтровертивний» (17,5%). В групі жінок з нещодавно набутою вадою було виділено 2 варіанти особистісних профілю: «тривожно-страждальний» (58,7%), «тривожно-ригідний» (41,3%).

Встановлено, що ортопедичний дефект являється значним стресором, що призводить до змін особистості. Виявлені особистісні особливості жінок при наявності довгостроково існуючого дефекту у вигляді одностороннього укорочення, а саме: хронічний стан соціальної дезадаптації, загострена тривожність, помисливість, неадекватність, інтровертивність. При наявності нещодавно набутого ортопедичного дефекту на перший план виступає реактивний стан тривоги, страху, емоційної лабільності. З плином часу реактивний стан,викликаний травмою нижньої кінцівки, фіксується і призводить до диференційованих особистісних змін, котрий спирається в свою чергу на преморбідний особистісний радикал, який,сполучаючись з реакцією на травму, формує морбідні особливості.

5.Встановлені особливості міжособистісних ставлень жінок з ортопедичним дефектом травматичного походження.

5.1.При довгостроковому ортопедичному дефекті в інтерперсональних контактах домінує проблема малоцінності і приниження, емоційна усвідомленість міжособистісної взаємодії більш диференційована при тривало існуючому дефекті, ніж при нещодавно набутому. При нещодавно набутому дефекті позиція у інтерперсональних відносинах – захисна. Незалежно від тривалості існування укорочення нижньої кінцівки основною проблемою інтерперсональних відносин стає людська гідність, що будується «поглядом іншого». З плином часу відбувається інверсія агресії і відчуженості, ектрапунітивність замінюється інтрапунітивністю, гіперсоціальністю та фасадністю. Жінкам з довгостроково існуючим ортопедичним дефектом в міжособистісній взаємодії притаманна компромісна поведінка, нерішучість, залежність, гіперсоціальність. Жінкам з нещодавно набутою вадою притаманний контроль над іншими, експлуатація, що диктується їх непристосованістю до отриманого дефекту. Незалежно від тривалості існування дефекту комунікативні контакти опосередковуються почуттями невідповідності, неповноцінності, що впливає на їх якість.

5.2.Стильовими особливостями шлюбно-сімейних відносин при нещодавно набутому дефекті виступають протективна і дефензивна захисна активність, тенденція до розвитку депресивних станів з фіксуванням на психотравмі. З плином часу на перший план виступають депресивний фон настрою і соматизація тривоги, що свідчить про неконструктивне вирішення конфлікту,ослаблення захисту та формування хронічної стильової дезадаптивної взаємодії. В цілому наявність ортопедичного дефекту незалежно від тривалості його існування відбивається на стильових особливостях особистості при сімейній психотравматизації. Незалежно від тривалості існування ортопедичного дефекту сексуальний компонент стосунків із шлюбним партнером блокований, знижений. При довгостроково існуючому ортопедичному дефекті фіксується низькій рівень подружнього щастя.

5.3. Довгостроково існуючий ортопедичний дефект формує вікарні типи батьківського ставлення, з метою компенсації власного дефекту а саме: ставлення по типу образу соціальної бажаності, авторитарної гіперсоціалізації, інфантилізації.

6. Визначено особливості самоставлення жінок з ортопедичним дефектом.

6.1.Образу «Я» жінок з ортопедичним дефектом незалежно від тривалості його існування притаманна його емоційно-чуттєва редукція, відсутність динамічності образу. Образ «Я» жінок з нещодавно набутим дефектом фрагментарний, частково сформований, знаходиться на шляху його перебудови з включенням нового тілесного досвіду, який конфліктує з раніше сформованим. В образі «Я» жінок з довгостроково існуючим дефектом фіксуються риси інтровертивності, сором’язливості, надмірної обережності, зануреності у себе, ухилення від міжособистісних контактів. «Я» жінок з довгостроково існуючим ортопедичним дефектом амальговано з нудьгою, пусткою, безпорадністю, соромом, печаллю і розведено в психосемантичному просторі із радістю, красою, силою, натхненням та здоров’ям. «Я» жінок з нещодавно набутим ортопедичним дефектом спаяне з втратою, страхом, поразкою, подоланням, слабкістю, безпорадністю. Яскраві негативні переживання на ранніх етапах існування дефекту пов’язані з входженням у соціальний контекст, з плином часу замінюються нестачею життєвості «Я», безпорадність стабілізується в «Я» структурі.

6.2. Ставлення до тіла у жінок з укороченням кінцівки забарвлене хворобливістю сприйняття власного дефекту, що проявляється у негативній конотації тіла, а саме тіло наділяється дефектністю, відштовхуючими рисами, небажаністю як для самої жінки так і для оточуючих. Найбільш негативне сприйняття власного тіла фіксується у жінок з тривало існуючим ортопедичним дефектом.

6.3.Встановлено, що при довгостроково існуючому ортопедичному дефекті негативне самоставлення стає фронтальним, охоплює всі структурні компоненти самоставлення, в яких не лишається зон, вільних від конфлікту. Самоставлення жінок з нещодавно набутим ортопедичним дефектом характеризується підвищеним порогом до усвідомлення власного «Я», зниженням самоповаги, очікуванням негативного ставлення від інших,сумнівами у власній цінності, конфліктністю у внутрішньому плані особистості.

7.Розроблено програму психокорекції системи ставлень жінок з ортопедичним дефектом травматичного походження. Програма методологічно еклектична, водночас ґрунтується на положеннях патогенетичної психотерапії, ідеях реконструктивної психотерапії та принципах клієнт-центрованого підходу. Ефективність проведеної програми психокорекції підтверджена суб’єктивно-пережитими позитивними змінами у внутрішньому світі, об’єктивно-реєстрованими змінами в системі ставлень, стійкістю та тривалим психокорекційним ефектом проведеної психокорекції.

Після проведення програми психокорекції у жінок з нещодавно набутим ортопедичним дефектом виявилося зростання: оцінок суб'єктивної комфортності, самоцінності, компетентності в поведінкових і комунікативних навичках; зниження: міжособистісної сензитивності, тенденції до ізоляції в міжособистісних відносинах, надмірної критичності по відношенню до себе і оточуючих, почуття неадекватності, марності, почуття сорому при міжособистісній взаємодії, тривожності; прийняття відповідальності в міжособистісних відносинах; подолання неадаптивних когніцій, пов'язаних з міжособистісними відносинами, та розширення діапазону поведінкового репертуару.

Після проведення програми психококоррекціі у жінок довгостроково існуючим ортопедичним дефектом виявилися аналогічні позитивні зміни в системі ставлень, але тривожність залишилась резистентна до психокорекційних дій. Отже, тривожність як реактивний стан, що виникає в ранній період після отримання дефекту була нівельована під час психокорекційного впливу, в той час як тривожність, імплантована в структуру особистості, потребує більш прицільної та довгострокової психокорекційної роботи. Встановлена необхідність раннього психокорекційного втручання при ортопедичному дефекті травматичного походження.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Сейдаметова С.И. Копинг-стратегии и механизмы психологических защит у женщин с посттравматическими осложнениями /С.И.Сейдаметова/ Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія № 12. – Психологічні науки, Выпуск 36 (60). – 2012. – С.380 – 385.
2. Сейдаметова С. И. Межличностные отношения женщин с односторонним укорочением нижней конечности /С. И. Сейдаметова/ Вісник Харківського педагогічного університету імені Г.С.Сковороди,серія «Психология». – 2013. – Вип.46, Ч.2. – С.217 – 222.
3. Сейдаметова С.И. Личностные особенности женщин с ортопедическим дефектом травматического генеза / С. И. Сейдаметова / Вісник Одеського національного університету імені І.І. Мечникова серія «Психологія». – 2013. – Т.18, Вип.22. – Ч .3. – С. 121 – 129.
4. Сейдаметова С.И. Тип отношения к дефекту у женщин с односторонним укорочением нижней конечности травматического ґенеза / С.И. Сейдаметова / Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, серія «Психологія».-2013. – С. 121 – 129.
5. Сейдаметова С. И.Особенности отношения к физическому, психо-социальному функционированию и функциональному состоянию женщин с ортопедическим дефектом / С. И. Сейдаметова/ Вісник Одеського національного університету імені І.І. Мечникова «Психологія».–2013.– Т. 18, Вип. 23. – С. 220 – 228.
6. Сейдаметова С. И. Особенности интерактивных отношений женщин с ортопедическим дефектом / С. И. Сейдаметова / Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди» – Додаток 1 до Вип.29. – Том III: Тематичний випуск «Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання». – К.: Гнозис, 2013. –С.86 – 94.
7. Сейдаметова С.И. Психосемантика «Я-образа» у женщин с ортопедической патологией в виде одностороннего укорочения нижней конечности / С.И. Сейдаметова / «Современные гуманитарные исследования». – Москва. – 2013. –№ 4 (53). – С. 132– 139.
8. Кочарян А. С. Система отношений личности женщин с односторонним укорочением нижней конечности травматического происхождения / А. С. Кочарян, А.А. Макаренко, ***С.И.Сейдаметова****//* «Перспективы науки и образования». – Москва. – 2013. – № 4.–С.184 – 199. *(особистий внесок дисертантки складався з постановки проблеми дослідження, розробки його методів, аналізу і інтерпретації отриманих даних, підготовки висновків*).
9. Сейдаметова С.И. Особливості сімейних відносин жінок з ортопедичним дефектом / С.И. Сейдаметова // Психологічні проблеми сучасності: Тези Х науково-практичної конференції студентів та молодих вчених. Львів, 11– 12 квітня 2013 року. – Львів, 2013. – С.173 – 175.
10. Kocharyan A. Violations of women’s attitudes with orthopedic defects as unilateral shortening of traumatic origin/ А. Kocharyan, А. Makarenko, ***S.Seydametova*** // European Applied Sciences:modern approaches in scientific researches Hosted by the ORT Publishing and The Center For Social and Political Studies “Premier”Conference papers. – StuttAugust 26–27, Stuttgart, Germany, 2013. – Р.58– 63. (*особистий внесок дисертантки складався з постановки проблеми дослідження, аналізу і інтерпретації отриманих даних, підготовки висновків*).
11. Сейдаметова С. І. Порушення системи ставлень жінок з дефектом нижньої кінцівки / С.І. Сейдаметова // Тези доповідей науково-практичної конференції студентів і молодих вчених «Психологія в сучасному світі». – Харків: НАУ «ХАІ», 10 квітня 2013 року. - Харків, 2013. – С. 36.
12. Сейдаметова С. І. Стилі реагування на подружню психотравматизацію жінок з ортопедичним дефектом / С. І. Сейдаметова // Матеріали міжнародної молодіжної науково-практичної конференції «Вектори психології». Харків, 12 квітня 2013 року. – Харків: «Оперативна поліграфія», 2013. – С. 138–140.

**АНОТАЦІЯ**

**Сейдаметова С.І. Особливості системи ставлень та її психокорекція у жінок з одностороннім укороченням нижньої кінцівки травматичного ґенезу. – Рукопис.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 – медична психологія. – Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. – Харків, 2014.

Роботу присвячено дослідженню системи ставлень жінок з укороченням нижньої кінцівки внаслідок травматичного ушкодження та її психокорекції. Показано рівень якості життя при довгостроково та нещодавно існуючому ортопедичному дефекті. Вивчені типи ставлення до дефекту на ранніх та віддалених термінах його існування. Описані особистісні особливості жінок з ортопедичною патологією. Вивчено особливості міжособистісних ставлень жінок при ортопедичній патології, шлюбні, та дитячо-батьківські ставлення. Вивчено порушення самоставлення, образ «Я» жінок з ортопедичним дефектом. Розроблено, науково обґрунтовано та апробовано програму психокорекції системи ставлень жінок з ортопедичною патологією. Доведена її ефективність за критеріями суб’єктивно-реєстрованих змін у бік покращення, об’єктивно фіксованих позитивних змін та довготривалим психокорекційним ефектом.

**Ключові слова:** ортопедичний дефект травматичного походження, укорочення кінцівки, система ставлень особистості.

**АННОТАЦИЯ**

**Сейдаметова С. И. Особенности системы отношений и ее психокоррекция у женщин с односторонним укорочением нижней конечности травматического генеза.** – **Рукопись.**

Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук по специальности 19.00.04–медицинская психология. – Харьковская медицинская академія последипломного образования МЗ Украины. – Харьков, 2014.

Диссертация посвящена изучению нарушений системы отношений женщин с ортопедическим дефектом в виде одностороннего укорочения нижней конечности травматического генеза. Показано, что качество жизни женщин с ортопедическим дефектом отклоняется от показателей нормы, наибольшее отклонение фиксируется у женщин с недавно приобретенным ортопедическим дефектом. Со временем оценки качества жизни повышаются, но не достигают показателей нормы. Выявлено, что наличие укорочения конечности сказывается на уровне комфортности, приводит к его снижению. При этом с течением времени пониженное самочувствие становится постоянным. Показано, что при длительно существующем ортопедическом дефекте вследствие травмы конечности, приведшей к ее укорочению, преобладают неврастеничный, меланхолический, эргопатический и сензитивный тип отношения к дефекту. При недавно приобретенном дефекте преобладает диффузный тип отношения к дефекту.

В группе женщин с длительно существующим ортопедическим дефектом было выделено 4 варианта личностных профилей. Первый вариант характеризовался смешанным типом реагирования с заострением тревожно-мнительных, ананкастных и сенситивних черт личности. Второй вариант характеризовался смешанным типом реагирования, максимальным повышением показателей 1-й шкалы (невротический сверхконтроль), сочетающимся с высокой 2-й (пессимистичности) и повышением 7-й (тревоги), 0-й (интроверсии). Такой профиль характерен для лиц с выраженными тревожно-мнительными чертами. Третий вариант личностного профиля характеризовался смешанным типом реагирования, повышением показателей 6-й шкалы (ригидности), сочетающихся с подъемом профиля на невротических шкалах: l-й (сверхконтроля), 2-й (пессимистичности), умеренным повышением 4-й шкалы (импульсивности). Такое расположение профиля свидетельствует о повышенной устойчивости негативно окрашенных аффективных переживаний. Четвертый вариант личностного профиля характеризовался значительным повышением по шкале 0 (интроверсии), что свидетельствует на обращенность интересов в мир внутренних переживаний, снижение уровня включенности в социальную среду, замкнутость, скрытость, избирательность в контактах, стремление избегать межличностного взаимодействия.

Показано, что длительно существующий ортопедический дефект приводит к дефекту межличностных взаимоотношений, провоцирует уход от социальной активности, способствует отгороженности, компромисному поведению, избеганию конфронтации. В раннем периоде существования дефекта женщины склонны к эксплуатации и к обретению контроля над другими. С течением времени происходит инверсия агрессии и отчужденности, эктрапунитивность заменяется интрапунитивностю, гиперсоциальностю, фасадностью.

В раннем периоде после получения травмы, которая привела к укорочению конечности, стилевыми особенностями супружеского взаимодействия выступают протективная и дефензивная защитная активность, тенденция к развитию депрессивных состояний с фиксацией на психотравме. С течением времени на первый план выступают депрессия и соматизация тревоги, что говорит о формировании хронического стилевого дезадаптивного взаимодействия. Изучен уровень супружеского счастья, который достоверно значимо ниже у женщин с длительно существующим ортопедическим дефектом. У женщин с ортопедической патологией отмечается снижение сексуального компонента. Длительно существующий ортопедический дефект формирует родительское отношение по типу образа социальной желательности, авторитарной гиперсоциализации, инфантилизации.

Выявлено, что образу «Я» женщин с приобретенным ортопедическим дефектом травматического происхождения вне зависимости от длительности его существования присуща эмоционально чувственная редукция его восприятия и отсутствие динамичности. В образе «Я» женщин с длительно существующим ортопедическим дефектом фиксируются признаки застенчивости, робости, конфликта между разумом и чувствами, переживания малоценности, чрезмерной осторожности, недостаток жизненности, избегания контактов, погруженность в себя, нехватки самоуверенности в деятельности и социальных отношениях. По формально-динамическим компонентам образ «Я» женщин с недавно приобретенным ортопедическим дефектом схож с образом женщин с длительно существующим дефектом, однако его компоненты отражают лишь частично сформированные стороны образа, находящегося на пути его перестройки, трансформации.

Установлено, что самоотношение наиболее нарушено при длительно существующем ортопедическом дефекте. Определено, что с течением времени беспомощность стабилизируется в «Я» структуре, а яркие негативные переживания, связанные с вхождением в социальный контекст в непривычном образе «Я», сменяются со временем недостатком жизненности «Я».

Разработана, научно обоснована и апробирована программа психокоррекции системы отношений женщин с ортопедической патологией.

**Ключевые слова:** ортопедический дефект травматического происхождения, укорочение конечности, система отношений личности.

**SUMMARY**

**Seydametova S. I Features of women's attitudes with orthopedic defects as unilateral shortening of traumatic origin.** – **Manuscript.**

Dissertation for the degree of candidate of psychological sciences, specialty 19.00.04 – Medical Psychology. – Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of Health of Ukraine. – Kharkiv, 2014.

The work is devoted to the study of women’s attitudes with orthopedic disorders in a shortening of the lower limb due to traumatic injury. The quality of life in long-existing and newly orthopedic defects is shown. The types of relationship to the defect in the early and later periods of its existence were studied. We describe the personal characteristics of women’s with orthopedic pathology. The features of interpersonal attitudes of women in orthopedic pathology, marriage, and child-parent relationship have been studied. The selfviolation, the image of «I» of women with orthopedic defects has been studied. Software correction system attitudes of women with orthopedic pathology is developed, scientifically grounded and tested.Its effectiveness is proved by subjective criteria recorded changes in the direction of improvement, objectively fixed positive change and long-term psycho effect.

**Keywords:** orthopedic defects of traumatic origin, limb shortening, the system attitudes of the individual.