

## **Исследование психологических проблем больных ахондроплазией и с односторонним укорочением конечностей**

**А.В. Попков, А.Н. Ерохин, А.Б. Хромов\***

### ***Study of the psychological problems in patients with achondroplasia and with unilateral limb shortening***

**A.V. Popkov, A.N. Yerokhin, A.B. Khromov\***

Государственное учреждение науки

Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова, г. Курган (генеральный директор — заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор В.И. Шевцов);

\*Курганский государственный университет

В исследовании проведено сравнение результатов психологической диагностики больных ахондроплазией (9 испытуемых), с односторонним укорочением конечностей (8) и здоровых испытуемых (95). Посредством опросника Басса и Дарка, анкеты текущего психоэмоционального состояния (СУПОС-8), опросника основных юношеских проблем А. Хромова и телесно-ориентированной методики У.Касселя были изучены осознаваемые и неосознаваемые проблемы испытуемых. Выявлено, что у больных ахондроплазией ярко выражена тенденция неприятия образа своего тела, проявляющаяся в блокировке и полном вытеснении из сознания физического дефекта. Испытуемые с односторонним укорочением конечностей по сравнению с больными ахондроплазией имеют более высокие показатели агрессивности, присутствующей как на осознаваемом, так и на неосознаваемом уровне. Показано, что комплексная психологическая оценка больного ахондроплазией вписывается в понятие «неадекватная личность», а больного с односторонним укорочением конечностей — «невротическая личность».

**Ключевые слова:** психологическая диагностика, ахондроплазия, укорочение конечностей.

The results of psychological diagnostics in patients with achondroplasia (9), those with unilateral limb shortening (8) and in normal subjects (95) were compared in the work. Realized and non-realized problems of the persons examined were studied using Bass and Dark's questionnaire, the forms of current psychoemotional state (SUPOS-8), A. Khromov's questionnaire of the main juvenile problems and U. Cassel body-oriented technique. It was established that the tendency of non-acceptance of their body appearance, manifesting itself in blocking and complete ousting of the physical defect from their consciousness, was pronounced in patients with achondroplasia. Patients with unilateral limb shortening in comparison with achondroplasia patients had higher indices of aggressiveness, which was present both at the recognized and non-recognized level. It was demonstrated that complex psychological assessment of a patient with achondroplasia was added to be understood as "an inadequate person" and that of a patient with unilateral limb shortening — as "a neurotic person".

**Keywords:** psychological diagnostics, achondroplasia, limb shortening.

В настоящее время научная литература предполагает достаточным объемом знаний о психологических проблемах и характере эмоциональных переживаний как здоровых людей, так и больных, страдающих ревматизмом, сахарным диабетом, гипертонией, бронхиальной астмой, имеющих различные заболевания сердца, желудочно-кишечного тракта и т.д. [3, 5, 6]. Психологические же особенности больных с ортопедической патологией еще изучены слабо. Между тем нарушения опорно-двигательного аппарата могут порождать эмоциональные переживания отрицательной модальности, способство-

вать формированию стойких психологических дисфункций и изменять вследствие этого уровень социальной адаптации. Таким образом, целью настоящей работы явилось сравнительное исследование общих особенностей и различий в характере психологических проблем больных ахондроплазией и с односторонним укорочением конечностей. Методологическую основу и теоретическую базу исследования составили психоаналитическая теория личности З. Фрейда [8], теория телесной проекции и диагностики Г. Роршаха [1] и У. Касселя [4].

#### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследовании сравнивались результаты психологической диагностики двух экспериментальных и одной контрольной групп. Экспериментальные группы состояли из пациентов женского и мужского пола в возрасте от 15 до 21 года: А) группа - испытуемые с ахондроплазией

(N - 9); Б) группа - ортопедических больных с односторонним укорочением верхних и нижних конечностей (N - 8). По этиологии укорочения распределились следующим образом: последствия травмы — 3 случая, врожденные — 3 и последствия гематогенного остеомиелита — 2. Тре-

тью группу - С) - контрольную, составили здоровые студенты младших курсов Курганского государственного университета (N - 95)

Неосознаваемые личностные проблемы ортопедических больных изучались с помощью

телесно-ориентированной методики У. Касселя, адаптированной в России А. Хромовым [4], которая в оригинальном виде представляет собой набор из 20-ти визуальных стимулов-рисунков (чернильных пятен) (рис. 1).

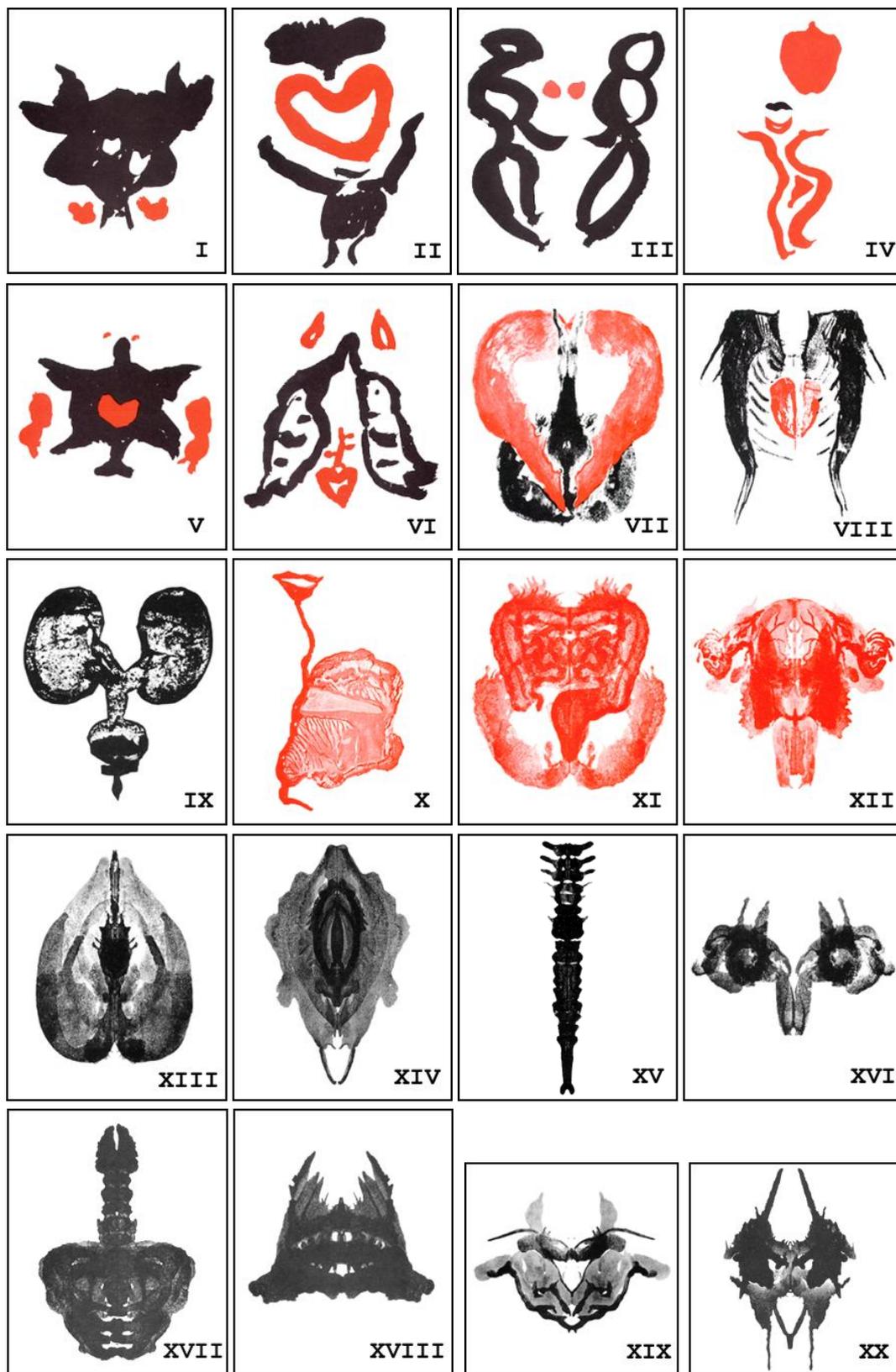


Рис. 1. Иллюстрации стимулов методики У. Касселя SIS-1.

По предположению автора методики У. Каселя, субъекты, страдающие соматическими заболеваниями, должны воспринимать в стимульных пятнах гораздо больше анатомических структур, чем здоровые люди. Кроме того, у здоровых чернильные образы вызывают преимущественно нормальные анатомические ответы, а у больных – патологические образы. Можно интерпретировать результаты диагностики

как количественно, так и качественно. Для исследования осознаваемых проблем личности использовали опросник Басса и Дарка [11], предназначенный для определения агрессивности; анкету текущего психоэмоционального состояния (СУПОС-8), а также опросник основных юношеских проблем А. Хромова [9]. Все данные подвергались математико-статистическим методам анализа.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В нашем исследовании мы рассмотрели два уровня проявления эмоциональности личности. Первый уровень, отражающий субъективную оценку текущего состояния больных, изучался с помощью методики СУПОС-8. Методика базируется на представлении о многокомпонентности типичного психического состояния человека, в структуре которого неравномерно представлены мобилизирующий и демобилизирующие компоненты психической деятельности [7]. В таблице 1 представлены результаты тестирования текущего эмоционального состояния испытуемых методикой СУПОС-8.

Второй уровень эмоциональности - личностный. В данном исследовании изучались субъективный уровень оценок враждебности и агрессивности личности. Определение уровня агрес-

сивности является одной из наиболее информативных характеристик эмоциональности при изучении поведения человека в кризисных жизненных ситуациях.

Существует несколько определений агрессии. Согласно [13], агрессия - это любая форма поведения, нацеленного на нанесение оскорбления или причинения вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения. Агрессию рассматривают так же, как любое поведение, содержащее угрозу [11].

В таблице 2. представлены параметры враждебности и агрессивности, а также достоверность их различий, полученных в ходе исследования испытуемых в трех группах опросником Басса и Дарка.

Таблица 1.

Результаты исследования по шкалам методики СУПОС - 8

ШКАЛЫ СУПОС-8	А) ГРУППА (N-9)		В) ГРУППА (N-8)		С) ГРУППА (N-95)		ДОСТОВЕРНОСТЬ РАЗЛИЧИЙ t - STUDENT
	M	SD	M	SD	M	SD	
психическое спокойствие	17,3	3,5	16,6	3,9	14,6	5,1	-
ощущение силы, энергии	15,7	4,7	19,0	3,1	14,9	5,2	2-3 t-3,3 P < 0,02
стремление к действию	11,7	2,3	15,7	4,3	11,0	4,4	2-3 t-2,8 P < 0,05
импульсивная реактивность	6,8	5,6	13,6	5,9	8,5	5,1	1-2 t-2,3 -
психическое беспокойство	6,9	4,9	13,9	5,2	9,3	5,6	1-2 t-2,7 P < 0,05
страх, опасение	6,0	4,9	12,3	4,3	5,5	4,2	1-2 t-2,7 P < 0,05 2-3 t-4,0 P < 0,01
депрессия	6,4	6,1	10,1	4,2	6,0	5,5	2-3 t-2,5 P < 0,05
тоскливость	7,2	5,1	8,9	3,0	5,0	4,9	2-3 t-3,1 P < 0,02

Таблица 2.

Результаты исследования по шкалам методики Басса и Дарка

ШКАЛЫ BUSS AND DARK	1 ГРУППА (N-9)		2 ГРУППА (N-8)		3 ГРУППА (N-45)		ДОСТОВЕРНОСТЬ РАЗЛИЧИЙ t - STUDENT
	M	SD	M	SD	M	SD	
физическая агрессия	4,7	2,1	7,5	2,1	4,9	2,1	1-2 t-2,8 P < 0,05 2-3 t-3,1 P < 0,02
косвенная агрессия	3,8	1,1	4,1	1,9	4,3	1,5	-
раздражение	5,2	3,5	8,6	1,7	7,2	2,7	1-2 t-2,5 P < 0,05
негативизм	4,8	1,5	4,7	1,1	3,5	1,4	2-3 t-2,6 P < 0,05
обида	3,7	1,6	4,9	1,9	4,0	1,3	-
подозрительность	4,3	2,4	7,0	2,2	4,3	2,1	2-3 t-3,0 P < 0,02
вербальная агрессия	5,6	1,7	7,7	1,8	6,3	1,9	1-2 t-2,4 P < 0,05
чувство вины	5,7	2,0	6,4	0,8	6,5	2,2	-
общая агрессивность	15,4	5,2	23,9	4,7	18,2	5,9	1-2 t-3,4 P < 0,02 2-3 t-2,8 P < 0,05
общая враждебность	8,0	3,0	11,9	3,1	8,7	2,9	1-2 t-2,4 P < 0,05 2-3 t-2,6 P < 0,05

Количественный и содержательный анализы ответов испытуемых трех групп показывают наличие статистических различий в характере психологического отражения соматических и психологических проблем.

Все показатели больных с односторонним укорочением говорят об их повышенной нервозности. У этих больных в сравнении с больными ахондроплазией выше уровень психического беспокойства, депрессии и тягостного тоскливого настроения, и в то же время у них выше субъективные ощущения силы, энергии, стремления к действию, что, по всей вероятности, имеет компенсаторный характер. У больных, страдающих ахондроплазией, на уровне субъективных оценок, эмоциональное состояние не отличается от состояния здоровых людей.

Испытуемые обеих экспериментальных групп имеют специфические особенности в оценках осознаваемых проблем, которые отличаются от оценок здоровых людей. Это выражается в парадоксальном обстоятельстве, что больных меньше волнует то, чем они будут заниматься в будущем и проблемы своей внешности, так как эти проблемы вытеснены из сознания. На осознаваемом уровне значимые для больных проблемы касаются в основном социальных вопросов: взаимоотношений со взрослыми, сверстниками и будущей семейной жизни. В силу этого, наиболее информативными показателями оказались ответы, полученные на стимулы проективной методики SIS - I, так как они затронули уровень, недоступный субъективному отражению. В таблице 3 отражены количественные результаты тестирования с указанием достоверности различий статистических характеристик трех групп. Ниже представлены выборочные ответы двух групп ортопедических больных (А и Б) и их качественный анализ; группа С представлена только нормативными ответами без комментариев:

А) группа больных ахондроплазией (N - 9);

Б) группа больных с односторонним укорочением конечностей (N - 8);

С) группа здоровых испытуемых (N - 95);

I КАРТА:

А) *"косая корова с румяными щеками"* - испытуемая подчеркивает свой физический недостаток; *"злой чертик с глазами, рогами и бородой"* - проявление враждебности, агрессии, параноидальных признаков; *"медведь-олень"* - неоднозначное восприятие своего образа "Я"; 6 нормативных ответов;

Б) *"крав"*, *"лягушка"*, *"черт"*, *"бык в рубашке"*, - негативное отношение к своему образу "Я"; *"грустная волчья мордочка"* - отрицательный эмоциональный фон; *"косоглазый бык"* - подчеркивание дефекта тела; *"жук"*, *"добродушная корова"* - нормативные ответы;

С) *"корова на лугу"*, *"голова быка"*, *"голова*

*животного"*, *"бык"*, *"лицо человека"*, *"птицы"*.

II КАРТА:

А) *"козел с вытянутой рукой"* - замещенный и негативный образ "Я". Отсутствие ответа на эту карту у другого испытуемого говорит о его неспособности идентифицировать себя с изображением на карте, об отрицании им образа собственного тела; *"улыбающийся негр"*, *"карикатурный человек, без глаз, с волосами, приплясывающий, с согнутой ногой"*, *"человек"* - все эти высказывания - проявление негативного восприятия своего телесного образа "Я"; 3 нормативных ответа;

Б) *"волк с человеческими руками"* - искаженный образ человеческого тела; *"страшный папуас с улыбкой"*, *"отвратительная роза"* - негативный образ "Я". 6 ответов положительного эмоционального характера;

С) *"улыбка"*, *"человек"*, *"сердце"*, *"клоун"*.

III КАРТА:

А) *"две яблони с яблоками"*, *"влюбленные попугайчики"*, *"кролик с красными ноздрями"* - замена физического образа человека образами животных или растений свидетельствует о низком уровне социально-психологической адаптированности; *"дитя с косичками"* - ответ незрелой личности; 1 отказ, 3 вытесненных образа, 3 нормативных ответа;

Б) *"растение"*, *"танцы в свете красных фар"* - вытеснение образов человека; *"Моська лает на слона"* - вербальная агрессия;

С) *"два человека, находящихся в процессе взаимодействия"*, *"танцующие мужчина и женщина"*.

Контент-анализ данных тестирования по всем 20-ти стимулам SIS-1 показал, что в группе испытуемых с ахондроплазией по сравнению с группой здоровых людей обнаружено меньше ответов, содержащих образы человека. У этих больных достоверно больше случаев отвержения визуального образа и меньше ответов с образами движения, а также окрашенных положительными эмоциями.

На основе анализа шкал соматического теста можно дать следующую характеристику лицам, страдающим ахондроплазией. Это люди, скорее, художественного типа, чем мыслительного, они чувствительны, мечтательны и более склонны к эстетическому творчеству, чем к рутинной работе; они беспечны и доверчивы. Основные личностные проблемы этих лиц обусловлены неустойчивостью эмоциональной сферы, проявляющейся в изменчивости настроения, незащищенности, непригодности к жизненным трудностям. У них слабая воля, зависимое поведение, они также проявляют тенденции, ведущие к социальной изоляции. Такие лица проявляют оригинальность и разнообразие в интеллектуальной деятельности.

Результаты исследования по данным методики SIS-I

ШКАЛЫ SIS -I	1 ГРУППА (N-9)		2 ГРУППА (N-8)		3 ГРУППА (N-95)		ДОСТОВЕРНОСТЬ РАЗЛИЧИЙ
	M	SD	M	SD	M	SD	t - STUDENT
шкала (R)	31,2	8,4	27,1	5,4	24,9	4,5	1-3 t-2,2 недостоверно
образы человека	2,6	1,6	4,0	2,1	4,6	2,2	1-3 t-3,4 P < 0,01
образы животного	10,1	4,5	6,1	2,5	6,9	3,1	-
анатомические ответы	10,0	7,9	7,4	2,0	8,2	3,8	-
сексуальные ответы	0,7	1,7	0,6	1,7	1,7	2,6	-
ответы движения	4,9	3,9	7,4	4,5	8,2	6,1	1-3 t-2,3 P < 0,05
типичные ответы	2,6	1,3	2,4	0,8	3,0	1,4	-
нормативные ответы	13,8	2,2	12,1	1,5	12,2	4,0	-
нетипичные ответы	6,0	2,3	7,5	1,5	6,0	3,7	1-2 t-2,0 недостоверно
положительные эмоции	0,6	0,7	1,1	1,1	1,6	1,5	1-3 t-3,7 P < 0,01
отвержение	7,7	4,8	6,0	3,0	3,8	3,5	1-3 t-2,3 P < 0,05
вытеснение	3,6	0,7	1,7	2,0	3,7	1,7	-
патологическая анатомия	1,3	3,0	2,3	3,3	1,6	1,9	-
депрессия	2,9	2,5	4,4	3,8	2,3	2,4	-
агрессия	1,4	1,8	0,6	1,1	2,5	3,4	2-3 t-3,4 P < 0,02
паранойя	0,8	1,6	0,3	0,5	1,0	2,2	2-3 t-2,8 P < 0,05
ответы сердца	1,7	1,0	0,9	0,8	1,3	1,1	-

Существует такая закономерность: меньше ответов движения - выше значения тревожности, мнительности и менее выражена потребность в деятельности [12]. Низкие значения по шкале движения коррелируют с высокой подозрительностью, фрустрированностью, эмоциональной неустойчивостью, а также низким самоконтролем и пластичностью, что проявляется в трудностях адаптации к социальным условиям жизни.

Одним словом, большее количество ответов движения дают психически здоровые индивиды (контрольная группа), и наоборот, низкие значения - лица с соматическими и психологическими расстройствами (наименьшее количество ответов движения наблюдается в группе больных ахондроплазией).

У здоровой гармоничной личности, как правило, преобладает положительный эмоциональный настрой, оптимистичное отношение к жизни, что проявляется в характере высказываний на стимулы проективной методики SIS - I [14]. К категории положительных эмоций относятся такие высказывания, как: восходящее солнце, жизнерадостный человек, смеющийся клоун и т. п. В группе больных ахондроплазией таких высказываний было обнаружено достоверно меньше, чем в группе здоровых испытуемых. Низкие значения по категории "положительные эмоции" коррелируют с субъективно низкими оценками состояния: ощущением силы, энергии, но с высоким уровнем тревожности. Человека, избегающего положительно окрашенных эмоциональных высказываний, можно характеризовать как пессимистично настроенного, склонного к депрессивным реакциям, вялого и бездеятельного [2]. В группе испытуемых с ахондроплазией

большее количество отказов описать визуальный образ. Отказы редко встречается у здоровых людей. По мнению Касселя, отказ можно рассматривать как блокировку когнитивного процесса, что является признаком нарушенного процесса мышления.

У больных с односторонним укорочением конечностей показатели агрессивности и паранойи, по данным SIS-I, достоверно ниже в сравнении со здоровыми испытуемыми, что не согласуется с их оценками агрессивности, зарегистрированными в тестах Басса и Дарка. У испытуемых с ахондроплазией эти параметры в сравнении со здоровыми людьми статистически не отличаются.

Стимулы проективной методики SIS-I вызвали у большинства ортопедических пациентов ответы депрессивного характера, в которых отражен негативный образ физического "Я" больного.

Благодаря методу контент-анализа были выделены ответы на стимулы проективной методики, в которых неосознанно проецируется главная проблема больного ахондроплазией - образ "Я - маленький". Такие фразы, как: "танцующий человечек, без рук", "малыш", "старенький мужичок", "маленький зайчик", "красный маленький заяц", "мордашка", "песочница", "дитя с косичками", "птены", "влюбленные попугайчики", "мышонок, если смотреть на него сверху", "мутант", "туловище и уменьшенные органы", "головы козлят", "глазки и мордочка" в контексте данного заболевания являются специфическими, и они статистически чаще встречаются в ответах людей с патологически низким ростом, чем в высказываниях больных с односторонним укорочением конечностей или в от-

ветах здоровых людей. Соотношение подобных высказываний при равном количестве испытуемых 17 - 6 - 3.

По мнению З. Фрейда, “Я”, прежде всего, - телесно; оно не только поверхностное существо, но и - проекция поверхности тела” [8].

У больных обеих экспериментальных групп в ответах чаще, чем у здоровых людей, наблюдается вытеснение внешнего облика тела. Это говорит о большой значимости понимания тела в формировании образа “Я” и о значении механизма вытеснения в защите самооценки ортопедического больного.

Образ своего тела (карликовый рост) вытеснен из сознания больных ахондроплазией полностью: тело представлено только на бессознательном уровне психики. Благодаря деятельности механизма вытеснения и цензуре поступающей информации, сознание очищено от образов деформированного тела, что позволяет больному чувствовать себя счастливым и быть адаптированным в обществе. Соматическое вытеснение выполняет защитную функцию в тех случаях, когда человек не желает видеть в себе некоторые аспекты своей внешности. Цензура блокирует поступающие извне травмирующие сознание личности некоторые характеристики тела. Вытесненный в бессознательное образ тела остается источником психологического беспокойства, так как в сознании все равно присутствует “немножко ненормальный” образ тела. Этим объясняется некоторое неадекватное поведение многих ортопедических больных, имеющих врожденную патологию конечностей, которое не совсем соответствует объективной тяжести физического дефекта.

Лица, проявляющие тенденцию к соматическому вытеснению, при необходимости замещают визуальный соматический образ социально приемлемым. Психологической особенностью личности, вытесняющей соматические образы, является повышенная сензитивность, общительность и теплые отношения к людям, что многими расценивается как демонстративность, искусственность поведения (истеричность). Такие особенности поведения чаще наблюдались у больных ахондроплазией.

Корреляционный анализ шкал методики Касселя и опросника Басса и Дарка показал, что чем реже больные ахондроплазией дают на стимулы проективной методики ответы с образами человека, тем ниже у них враждебность; чем

больше они дают образов животных, тем меньше у них проявляется негативизм; больше анатомических ответов, полученных на стимулы SIS-I - больше косвенная агрессия; больше ответов движения - больше вербальная агрессия; больше типичных ответов - больше негативизм; больше нетипичных ответов - меньше вербальная агрессия; больше патологических анатомических образов и депрессивных ответов - меньше чувство вины. Чем выше значения, полученные по шкале соматического вытеснения, тем выше больные оценивают состояние функционального комфорта, и у них больше проявляется желание оставаться ребенком (не желают взрослеть), и тем ниже у них показатель самопонимания.

В группе больных с односторонним укорочением конечностей корреляционный анализ показал, что чем чаще на стимулы Касселя больные дают ответы, связанные с образом человека, тем ниже у них показатели раздражительности и агрессивности; чем больше у них ответов, содержащих образы животных, тем выше показатели подозрительности и меньше чувство вины; чем больше анатомических ответов, тем выше уровень косвенной агрессии (как и у больных ахондроплазией), что может рассматриваться как проявление замещенной агрессии на обстоятельства, приведшие к физическому недостатку, что также согласуется с проявлением у больных тенденций к экстрапунитивным реакциям. Больше ответов глаз - меньше негативизма, обиды и враждебности; больше сексуальных и депрессивных ответов - ярче проявление косвенной агрессии.

В группе здоровых испытуемых наблюдается такая картина: чем больше ответов с образами животных, тем ниже уровень физической агрессии и ниже показатель общей агрессивности, больше анатомических ответов - ниже уровень физической агрессии, так же, как и в группе с односторонним укорочением; ответы движения коррелируют с косвенной агрессией и с меньшей подозрительностью, а в группе с приобретенной патологией, наоборот, - с большей подозрительностью; депрессия положительно коррелирует с обидой и вербальной агрессией. Шкала нормативных ответов отрицательно коррелирует с физической агрессией, а в группе лиц с патологически низким ростом - положительно, с вербальной агрессией.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Проведенное сравнительное исследование показало, что больные ахондроплазией и с односторонним укорочением конечностей отличаются по своим психологическим характеристикам.

Так, больные, страдающие ахондроплазией, на уровне субъективных оценок своего состояния не отличаются от здоровых людей. Это относится как к оценкам агрессивности, так и к показателям текущего эмоционального состоя-

ния. Субъективная оценка агрессивности у таких больных даже ниже, чем у больных с односторонним укорочением.

У больных ахондроплазией наблюдается непонимание особенностей собственного тела. У них ярко выражена тенденция избегания, неприятия образа своего тела, проявляющаяся в блокировке и полном вытеснении из сознания физического дефекта. Бессознательный уровень психики больных ахондроплазией перегружен образом “Я - маленький”. Сексуальные проблемы у этих больных также вытеснены из сознания. Вытесненные в бессознательное образы тела формируют у этой группы пациентов неадекватную самооценку, которая не соответствует тяжести физического дефекта. Больного, страдающего ахондроплазией, можно назвать “неадекватная личность”. В его личностном развитии преобладает инфантилизм. В узкой, привычной социальной среде такие больные хорошо адаптированы. Однако в широкой социальной среде (объективно) большинство из них имеет средний или низкий уровень социально-психологической адаптированности.

Испытуемые с односторонним укорочением конечностей по сравнению с больными ахондроплазией имеют более высокие показатели агрессивности, присутствующей как на осознаваемом, так и на неосознаваемом уровне. В сознании таких больных отчетливо присутствует образ деформированного тела, и этот факт фрустрирует больных, вызывая у них агрессивность, а также формирует депрессивный и негативный образ “Я”.

У больных с односторонним укорочением конечностей достоверно больше, чем у здоровых испытуемых, на уровне сознания выражено стремление к проявлению активности, которая носит компенсаторный характер, так как сочетается с высокими показателями страха, депрессии, тоскливости и необдуманности поступков. У этих больных имеются сомнения в проявлении искренности и любви со стороны других людей, и поэтому они испытывают меньше положительных эмоций, чем здоровые люди.

Больные с односторонним укорочением конечностей показывают невротические реакции, у них высокая физическая и вербальная агрессивность, раздражительность, негативизм, эмоциональная неустойчивость, импульсивность и чувство вины; им свойственны экстрапунитивные реакции, что проявляется в повышенных требованиях к окружающим, в конфликтном поведении. Любого больного из этой группы можно охарактеризовать как “невротическая личность”, которая имеет в сравнении с представителями группы, страдающими ахондроплазией, более низкий уровень социальной и психической адаптации.

Метод чрескостного дистракционного остеосинтеза позволяет регулировать рост и уравнивать длину конечностей [10]. Как изменяется психологическое состояние человека после того, как у него относительно за короткий срок существенно увеличивается рост и ликвидируется укорочение конечностей, - ответ на этот вопрос будет задачей нашего следующего исследования.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Белый Б.И. Тест Роршаха: практика и теория. - СПб., 1992. - 200 с.
2. Василюк Ф. Е. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций. - М., 1984.
3. Добровольская Т. А. Социально-психологические особенности инвалидов и здоровых // Социологические исследования. - 1993. - № 1.
4. Кассель У., Хромов А. Б. Телесно-ориентированная методика диагностики личности. - Курган, 1999.
5. Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г. Психология больного. - Л., 1980.
6. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. - Л., 1987.
7. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. - М., 1979.
8. Фрейд З. Психология бессознательного. - М.: Просвещение, 1989. - 448 с.
9. Хромов А.Б. Эмоциональные состояния студентов в основных ситуациях учебной деятельности // Современные проблемы естественных и гуманитарных наук: Сб. науч. трудов. - Курган, 1996.
10. Шевцов В.И., Попков А.В. Оперативное удлинение нижних конечностей. - М.: Медицина, 1998. - 192 с.
11. Buss and Durkee Hostility Inventory, 1957.
12. Cassell W. A. Body symbolism and somatic inkblot series. - Alaska: Aurora Publishing Co. Anchorage, 1980.
13. Baron R.A., Richardson D.R. Human Aggression. - New York: Plenum Press, 1977.
14. Khromov A.B., Cassell W.A., Dubey B.L. Some personality correlates of selected SIS variables: Russian Experiences // SIS J. Proj. Psy. & Mental Health. - 1999. - Vol. 6. - P. 35-46.

Рукопись поступила 03.10.01.