

УДК 159.923.31

Тип отношения к дефекту у женщин с односторонним укорочением нижней конечности травматического генеза

Сейдаметова С.И.

В статье представлены результаты исследования типов отношения к дефекту у женщин при травмах нижней конечности, приведших к одностороннему укорочению. Осуществлен сравнительный анализ типов отношения к укорочению конечности при длительно и недавно приобретенном дефекте. При длительно существующем дефекте преобладают типы отношения к дефекту, для которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на дефект, среди адаптивных типов отношения к дефекту преобладает эргопатический тип.

Ключевые слова: травма нижней конечности, укорочение конечности, тип отношения к дефекту.

У статті представлені результати дослідження типів ставлення до дефекту у жінок при травмах нижньої кінцівки, що призвели до одностороннього укорочення. Здійснено порівняльний аналіз типів ставлення до вкорочення кінцівки при довгостроково і недавно придбаному дефекті. При тривало існуючому дефектові переважають типи ставлення до дефекту, для яких характерна інтерпсихічна спрямованість особистісного реагування на дефект, серед адаптивних типів ставлення до дефекту переважає ергопатичний тип.

Ключові слова: травма нижньої кінцівки, вкорочення кінцівки, тип ставлення до дефекту.

The results of the study related to the defect types in women with lower extremity injuries leading to unilateral shortening. The comparative analysis of the types of relationships to a shortening of limbs, long-term and newly-acquired defects. When long-existing defects predominate types of attitude to the defect, which have a personal reaction intrapsychic focus on defect types of adaptive relationship to the defect ergopatichesky predominant type.

Key words: trauma of the lower extremity, shortening, type of attitude to the defect.

Постановка проблемы. В настоящее время высокий уровень травматизма является общепризнанной клинической реальностью. Травма наносит ущерб не только физическому, но и психологическому здоровью. Травмы нижних конечностей, лишая больших возможностей активного движения, приводят к формированию значительных изменений в структуре личности и ее отношений с миром. Исследования (В. Н. Мясищев, И. Харди, В. В. Николаева, Е. Т. Соколова, А. Ш. Тхостов и др.) личности при соматических заболеваниях и различных физических дефектах обнаруживают общие особенности ее нарушений: нарушение целостности системы отношений, эмоционально неблагоприятное отношение к себе и основным сферам функционирования, нарушения межличностных отношений в семье и других значимых для пациента сферах взаимодействия. Вместе с тем, своеобразие соматического дефекта определяет наиболее уязвимые звенья системы значимых отношений личности, что специфически оформляет нарушение всей системы, а в крайних вариантах клиническую картину и течения невротических состояний.

Ортопедический дефект травматического генеза изменяет отношение человека к самому себе, к миру и сказывается на отношениях с людьми. Физический дефект может вызывать социально-психологический вывих, аналогичный телесному вывиху и реализовываться как социальная ненормальность поведения (Л. С. Выготский). Несмотря на предпринимающиеся в клинической психологии попытки дифференциации переживания различных ситуаций соматической патологии (Е.Т.Соколова, В.В.Николаева, А.Ш. Тхостов и др.), активные психологические исследования, посвященные ортопедическому дефекту, практически отсутствуют. Некоторые авторы (Goffman, MacGregor) утверждают, что люди с физическими недостатками являются стигматизированными, таким образом в такой групповой структуре социальная энергия может поддерживать, усиливать неконструктивные, морбидные личностные характеристики с помощью создания деструктивных и дефицитарных полей (Г. Аммон, С. В. Духновский). Изменение внешнего облика и нарушение внутри- и межличностных отношений приводит к нарушению личностной и социальной адаптации (Е. А. Беул, Ю. П. Попова). Таким образом, физическое достоинство человека является важным аспектом социальной стратификации, символически оформляющим и закрепляющим взаимные оценки, притязания и ожидания.

Описание выборки и методов исследования. Группу 1 составили 73 женщины от 28 до 49 лет, средний возраст $37 \pm 4,5$, с односторонним укорочением конечности, наличие существования дефекта травматического генеза от 3-х лет. Условия получения травмы и их процентное распределение представлены на рис.1.



Рис.1 Условия получения травмы конечности (%) женщин с длительно существующим ортопедическим дефектом

Группу 2 составили 64 женщины в возрасте от 27 до 51 года, средний возраст $38 \pm 3,9$, с односторонним укорочением конечности от 0,6 месяцев. Условия получения травмы и их процентное распределение представлены на рис.2.



Рис.2 Условия получения травмы конечности (%) женщин с недавно приобретенным ортопедическим дефектом

В группы были включены испытуемые без психической и выраженной соматической патологии со стороны других органов и систем.

С целью изучения типа отношения к дефекту была использована тестовая методика «Тип отношения к болезни» [8].

Результаты исследования. Результаты сравнения между типами отношения к дефекту в двух группах женщин представлены в табл. 1. Среди женщин с длительно существующим ортопедическим дефектом достоверно значимо преобладал эргопатический тип отношения к дефекту, который характеризуется снижением критичности к своему состоянию, преуменьшением «значения» дефекта, «уходом» в работу. При этом выраженной дезадаптации при таком типе отношения к дефекту не наблюдается. Характерно сверхответственное, стеничное, подчас одержимое отношение к работе, желание не смотря ни на что продолжать работу, сохранить профессиональный статус. Так же установлена достоверно значимая разница между группами по неврастеническому типу отношения к дефекту, который наиболее выражен в группе женщин с длительно существующим ортопедическим дефектом в виде укорочения конечности. Поведение при данном типе отношения к дефекту раздражительное; раздражение нередко изливается на первого попавшегося и заканчивается раскаянием и угрызениями совести.

Достоверно значимая разница установлена по типу меланхолического типа отношения к дефекту, который наиболее часто встречается в группе женщин с длительно существующим ортопедическим дефектом. При меланхолическом (витально-тоскливом) типе отношения к дефекту наблюдается сверхудрученность болезнью, депрессивные высказывания.

Сензитивный тип отношения к дефекту достоверно чаще наблюдается в группе женщин с длительно существующим ортопедическим дефектом. Такому типу отношения к дефекту присуща чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое может произвести на окружающих дефект. Опасения, что окружающие будут жалеть, считать неполноценным, пренебрежительно относиться. Колебания настроения связаны в первую очередь с межличностными контактами.

При анализе типов отношения к дефекту в двух группах женщин обратил на себя внимание тот факт, что в группе женщин с длительно существующим дефектом значимо доминируют «чистые» типы, в то время как при недавно приобретенном дефекте наибольшему числу исследуемых присущи диффузные типы отношения к дефекту (рис.3,4). Данное обстоятельство может быть объяснено тем, что при недавно приобретенном дефекте отношение к последнему еще не приобрело устоявшейся структуры и однозначного его толкования, тогда как при длительно существующем дефекте отношение становится устойчивым и характеризует целостную концепцию дефекта и отношения к нему.

Таблица 1

Различия между ТОД					
ТОД (чистый)	Гр.1		Гр.2	φ^* -критерий	p
Гармоничный	абс.	2	2	0,13	0,10
	%	3	3		
Эргопатический	абс.	22	7	2,85	0,00
	%	30	11		
Неврастенический	абс.	19	5	2,94	0,00
	%	26	8		
Меланхолический	абс.	12	0	4,87	0,00
	%	16	0		
Сензитивный	абс.	8	0	3,94	0,00
	%	11	0		
Смешанные ТОД					
Сензитивно-ипохондрический	абс.	3	0	2,38	0,00
	%	4			
Сензитивно-эгоцентрический	абс.	3	0	2,38	0,00
	%	4			
Сензитивно-эгоцентрично-неврастенический	абс.	2	5	-1,35	0,09
	%	2	8		
Неврастенично-ипохондрично-меланхолический	абс.	2	5	-1,35	0,09
	%	2	8		
Диффузный ТОД					
Неврастенично-ипохондрично-сензитивно-тревожный	абс.	0	17	-6,32	0,00
	%	0	27		
Ипохондрично-неврастенично-меланхолично-апатично-сензитивный	абс.	0	7	3,93	0,00
	%	0	11		
Неврастенично-сензитивно-эгоцентрично-паранойяльный	абс.	0	7	3,93	0,00
	%	0	11		
Неврастенично-сензитивно-эгоцентрично-дисфорический	абс.	0	9	4,49	0,00
	%	0	14		

Примечание: жирным шрифтом выделены значимые различия

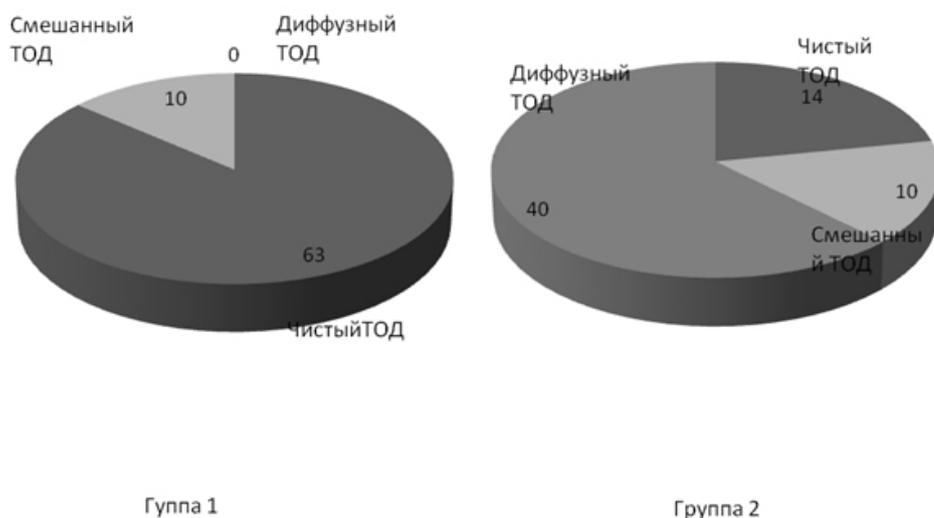


Рис.3 Абсолютное число испытуемых

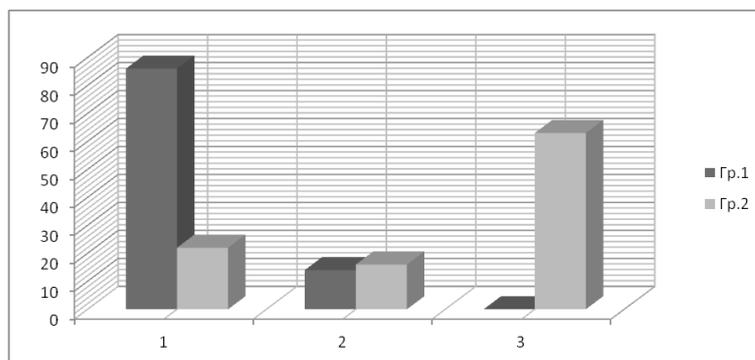


Рис.4 Процентное распределение испытуемых по ТОД

Примечание:

1-Чистый ТОД

2- Смешанный ТОД

3- Диффузный ТОД

В группе женщин с длительно существующим ортопедическим дефектом наиболее выражены типы отношения к болезни интрапсихической направленности (44%); гармоничный тип отношения к дефекту был присущ 33% женщин и интерпсихическая направленность отношения к дефекту была присуща 15 % (рис. 5).

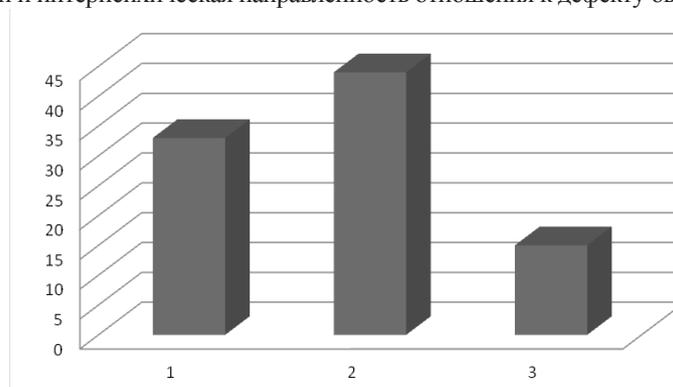


Рис. 5 Распределение испытуемых по типам отношения к болезни адекватной, интер и интрапсихической направленности (Гр.1)

Примечание:

1-Гармоничный ТОД.

2-Интрапсихический ТОД.

3-Интерпсихический ТОД.

Выводы. При длительно существующем ортопедическом дефекте вследствие травмы конечности, приведшей к ее укорочению, преобладают типы отношения к дефекту, для которых характерна интрапсихическая направленность (неврастеничный, меланхолический) личностного реагирования на дефект, обуславливающая нарушения социальной адаптации. Эмоционально-аффективная сфера отношений проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, угнетенном, тревожном состоянии. Среди адаптивных типов отношения к дефекту преобладает эргопатический тип, характеризующийся стеничным отношением к профессиональной деятельности. Характерно данной группе испытуемых также сензитивное отношение к дефекту.

При недавно приобретенном дефекте преобладает диффузный тип отношения к дефекту, что свидетельствует о неформленном, нестойком отношении к дефекту на ранних этапах его существования.

Литература

1. Котельников Г.П. Травматическая болезнь: клинико-патогенетическое, диагностическое и прогностическое значение изменений в системе гомеостаза / Г. П. Котельников, В. А. Кондурцев, И. Г. Чеснокова // Клиническая медицина.-1998.-№1.- С.31-34.
2. Чеснокова И.Г. Изменения в иммунной системе при травматической болезни (клинико-патогенетическое, прогностическое значение и коррекция) / И.Г.Чеснокова // Иммунология.- 2000.-№6.-С.39-42.
3. Арина Г. А. Психология телесности: методологические принципы и этапы клинико-психологического анализа / Г. А. Арина, В. В. Николаева // Психология телесности между душой и телом.– М.: АСТ: АСТ Москва, 2007.– С.222–236.
4. Николаева В. Н. Влияние хронической болезни на психику / Николаева В. Н. – М.: МГУ, 1987. – С. 22-139.
5. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / Ташлыков В. А. – «Медицина», 1984. С. 22–53.
6. Тхостов А. Ш. Психология телесности/ Александр Шамилиевич Тхостов. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.
7. Мясичев В. Н. Психология отношений/ Владимир Николаевич Мясичев. – М.: МПСИ Б, 2003. – 400 с.
8. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей / [Л. И.Вассерман, Б. В.Иовлев, Э. Б.Карпова, А. Я.Вукс.] - СПб, 2005. – 32 с.