

УДК 159.923.31:446.4

ББК 65.247

А. С. Кочарян

Профессор, доктор психологических наук

А. А. Макаренко

Кандидат психологических наук

С. И. Сейдаметова

Преподаватель

СИСТЕМА ОТНОШЕНИЙ ЛИЧНОСТИ ЖЕНЩИН С ОДНОСТОРОННИМ УКОРОЧЕНИЕМ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Статья посвящена исследованию системы отношений женщин с односторонним укорочением нижней конечности травматического происхождения. Показан уровень качества жизни при длительно и недавно приобретенном ортопедическом дефекте. Изучены типы отношения к дефекту в ранние и отдаленные сроки его существования. Описаны личностные особенности, межличностные, брачные отношения женщин с односторонним укорочением нижней конечности. Изучены нарушения самоотношения и телесного образа женщин с ортопедической травматической патологией.

Ключевые слова: укорочение нижней конечности, ортопедический дефект, система отношений.

A. S. Kocharian

Professor, doctor of psychological sciences

A. A. Makarenko

Associate professor, Ph.D. in psychology

S. I. Seidametova

Lecturer

THE SYSTEM OF RELATIONS OF A WOMAN WITH SINGLE SHORTENING OF TRAUMATIC ORIGIN LIMBS

The article is devoted to the study of the relationship of women with unilateral lower limb shortening of traumatic origin. Shows the level of quality of life for a long time and recently acquired orthopedic defect. Examine the types of relationships to a defect in the early and late periods of its existence. We describe personality traits, interpersonal, marriage of women with unilateral shortening of the lower limb. Investigated violations of the self and body image of women with traumatic orthopedic disorders.

Key words: reduction of lower extremity, orthopedic defect, a system of relations.

Актуальность исследования. Результаты многочисленных исследований [2,3,9,10,12,19,20 и др.] системы отношений личности при соматических заболеваниях и физических дефектах обнаруживают общие особенности ее нарушений: нарушение целостности системы отношений, эмоционально неблагоприятное отношение к себе и основным сферам функционирования, нарушения межличностных отношений. Существенное

место в системе отношений человека, имеющего физический дефект, занимает отношение к дефекту, что во многом определяет нарушение всей системы отношений личности. Ситуация травмы нижней конечности, приведшая к ее укорочению, выступает как жизненная ситуация, которая перестраивает систему отношений личности [10,12,19 и др.]. 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[5]).

Несмотря на предпринимающиеся в клинической психологии попытки дифференцировать переживания различных ситуаций соматической патологии [2,3,9,10,12,19,20], активные психологические исследования, посвященные ортопедическому дефекту, практически отсутствуют. Некоторые авторы (Е. Goffman, 1963 [22]; F. C. MacGregor, 1974, 1979 [23,24] и др.) утверждают, что люди с физическими дефектами 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, 1995 [1]; С. В. Духновский, 2006[6]). Изменение внешнего облика приводит к нарушению внутри- и межличностных отношений, социальной дезадаптации (Е. А. Беюл, Ю. П. Попова, 1990 [3] и др.). Таким образом, физическое достоинство человека является важным аспектом социальной стратификации, символически оформляющим и закрепляющим взаимные оценки, ожидания, притязания и всю систему отношений личности. В связи с этим, важной медико-психологической задачей является гармонизация системы отношений личности женщин с укорочением нижней конечности и поддержание ее на уровне, соответствующем успешной внутри- и межличностной деятельности.

Теоретико-методологический анализ системы отношений у лиц с физическими дефектами. Ситуация травмы резко изменяет характер взаимоотношений человека с окружающим миром, поэтому комплексное рассмотрение взаимосвязи травмы и личности позволяет говорить об изменении не физического и/или психического статуса больного, а всей системы его отношений с миром и к миру. Теоретической основой этого направления в отечественной клинической психологии является концепция личности В. Н. Мясищева [11], в которой человек понимается как единая

био-психо-социальная система, а личность — как система эмоционально насыщенных отношений с социальным окружением и самим собой. В этой системе телесный дефект может выступать в качестве самостоятельного психотравмирующего фактора, разрушая самооценку индивида, привычный порядок происходящих вокруг событий, характер межличностного взаимодействия. Системообразующей основой психологии человека есть «комплекс общественных отношений», в рамках которого формируется его личность. Отношение личности - это активная, сознательная, интегральная, селективная, основанная на опыте связь личности с различными сторонами действительности. По мнению В. Н. Мясищева, отношение это системообразующий элемент личности, которая предстает как система отношений. Психологическое отношение - важнейшая предпосылка понимания происхождения дисфункциональных процессов. Сама по себе физическая патология в «чистом виде» не существует, она включена в контекст взаимоотношений с другими людьми. Страдания и чувство неполноценности, порождаются не физическим дефектом, а его социальными последствиями (ограничениями культурного и профессионального развития, стигматизирующего отношения окружающих, одиночеством и др.). Физические недостатки, особенно попадающие в поле зрения другого, становятся причинами «социального», «личностного» «дефекта» и провоцируют «дефекты» коммуникативного содержания, сужая его потенциал (E. Goffman, 1963[22]; F. C. MacGregor, 1979[23]; E. Bradbury, 1997[21]; R. J. Newell, 2000 [25] и др.). Пациенты с физическими недостатками в процессе лечения и реабилитации сталкиваются с необходимостью перестройки системы отношений (В. Н. Мясищев, С. С. Либих, 1975 [13] и др.). На отношение к дефекту влияют многие социально-психологические факторы, а именно: возраст человека, его пол, характерологические и личностные особенности, паттерны защитного и совладающего поведения, субъективная концепция происхождения ситуации, приведшая к определенному физическому дефекту, блокировка дефектом ценностно-смысловой системы, профессиональные, карьерные устремления и др. [2,3,5,9,12,19].

В литературе имеются данные [17], что самооценка внешности женщин коррелирует с общей самооценкой, качеством жизни и психическим благополучием. Так, существуют данные о психологическом функционировании личности при дерматологических болезнях, ожоговых дефектах, мастэктомии, ревматоидном артрите, дефектах, возникших вследствие неудачных пластических операций [цит. по 17], ампутации

нижних конечностей [9] и т.д. Важным аспектом проблемы самооценки внешности является гендерная разница в ее проявлении. Отмечается более обостренное отношение к внешнему виду у женщин, по сравнению с мужчинами, женщины более обеспокоены тем, что об их внешнем виде думают другие, они значительно уязвимее воспринимают критику и насмешки по поводу их внешности [17]. Несмотря на многочисленные работы, посвященные исследованию системы отношений личности к физическим дефектам, проблеме ортопедического дефекта в психологической плоскости уделено недостаточно внимания. Существует пробел данных по оказанию психологической помощи указанному контингенту женщин.

Организация и методы исследования Группу 1 (далее гр. 1) составили 73 женщины от 28 до 49 лет, средний возраст $37 \pm 4,5$, с односторонним неинвалидизирующим укорочением конечности от 3-х до 8 см. ($5,39 \pm 1,35$), наличие существования дефекта травматического генеза от 3-х до 12 лет ($5,37 \pm 2,05$). Группу 2 (далее гр. 2) составили 64 женщины в возрасте от 27 до 51 года, средний возраст $38 \pm 3,9$, с односторонним неинвалидизирующим укорочением конечности от 3-х до 8 см. ($5,47 \pm 1,24$), длительность существования дефекта от 6 до 12 месяцев ($7,71 \pm 1,51$). Группу 3 (далее гр. 3) составили 70 здоровых женщин в возрасте от 27 до 50 лет, средний возраст $37 \pm 3,4$. По социально-демографическим показателям все 3 группы были однородны. В группу были включены испытуемые без психической и выраженной соматической патологии со стороны других органов и систем.

Методики исследования. Психодиагностический комплекс состоял из следующих методик, направленных на диагностику особенностей качества жизни: «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья», SF-36 (JE Ware, 1993); типа отношения к дефекту - «Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни» (ТОБОЛ; Л. И. Вассерман с соавт., 2005), особенностей самоотношения личности - «Методика исследования самоотношения, (МИС)» (С. Г. Пантелеев, 1993); личностных особенностей: «Стандартизированный многофакторный метод исследования личности» (Л. М. Собчик, 1990); особенностей отношения к собственной телесности - «Индекс функционирования Self-системы» (шкала «Отрицательное телесное Self»), (Н.М.Залуцкая, 2003); дисгармонии межличностных отношений: «Субъективная оценка межличностных отношений» (С.В. Духновский, 2006); восприятие и понимание брачно-семейного конфликта и индивидуально-защитных паттернов супруги: «Реакции супругов на конфликт» (А. С. Кочарян, Г. С. Кочарян, 1994); сферы напряжения межличностных

отношений: «Рисованный апперцептивный тест» (Л.Н. Собчик, 1990).

Результаты исследований и их интерпретация. Установлено, что качество жизни женщин с ортопедическим дефектом значительно отличается от качества жизни группы контроля, наибольшие отклонения от показателей нормы фиксировались в группе женщин с недавно приобретенным ортопедическим дефектом. С течением времени качество жизни по показателям «*физического компонента здоровья*» (физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловлено физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здоровья) статистически достоверно улучшается ($p = 0,00$). Показатели «*психологического компонента здоровья*», с течением времени улучшаются по шкалам «психическое здоровье» и «социальное функционирование», однако, по шкале «жизненная активность» различий между гр. 1 и 2 не выявлено ($p = 0,56$), что свидетельствует о хронификации редукции жизненных сил, перманентном ощущении нехватки жизненности и энергичности. Итак, показатели качества жизни в ранние сроки после получения травмы, которая привела к укорочению конечности, со временем улучшаются, но не достигают показателей нормы. Оценки «психологического компонента здоровья» отражают сужение социальных контактов, сочетающихся с депрессивным фоном настроения, тревогой, психическим неблагополучием, нехваткой энергичности и бессилием. Таким образом, улучшение качества жизни носит нелинейный характер, улучшения физического компонента здоровья не приводит к восстановлению всех компонентов психологического компонента здоровья. В целом, качество жизни с ортопедическим дефектом, независимо от продолжительности его существования, характеризуется не только ограничениями в физической сфере, но и в сферах ролевого, социального и психического функционирования, что свидетельствует о проникновении физического дефекта в систему отношений женщин с ортопедическим дефектом.

Для медицинской психологии, одним из наиболее важных в личностной структуре человека с физическим недостатком, является именно отношение к последнему. Среди женщин, с длительно существующим укорочением нижней конечности (гр. 1) преобладали следующие типы отношения к собственному дефекту: *эргопатический* тип отношения к дефекту, который характеризуется снижением критичности к своему состоянию, преуменьшением «значения» дефекта, «уходом» в работу и выступает в качестве компенсаторного механизма; *неврастенический* тип отношения к дефекту; поведение при таком типе характеризуется

раздражительностью, которое изливается на первого попавшегося с последующим раскаянием; *меланхолический* тип отношения, характеризуется чрезмерной подавленностью, депрессивными высказываниями, пессимистической оценкой окружающего; *сензитивный* тип отношения к дефекту свидетельствует о колебаниях настроения, главным образом связанных с межличностными контактами. Лицам, с таким типом отношения к дефекту, свойственна чрезмерная впечатлительность, обеспокоенность тем, какое впечатление производит на окружающих физический дефект. При анализе типов отношения к дефекту в двух группах женщин обратил на себя внимание тот факт, что в группе женщин с длительно существующим дефектом значительно доминируют «чистые» типы, в то время как при недавно приобретенном дефекте наибольшему числу респондентов присущи диффузные типы отношения к дефекту. Данное обстоятельство может быть объяснено тем, что при недавно приобретенном дефекте отношение к последнему еще не приобрело устойчивой 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

Типы отношения к дефекту (Гр.1 та Гр.2)

| ТОД (чистый) | Гр.1 | | Гр.2 | φ^* критерий |
|--|------|----|------|----------------------|
| Эргопатический | абс. | 22 | 7 | 2,85 |
| | % | 30 | 11 | |
| Неврастенический | абс. | 19 | 5 | 2,94 |
| | % | 26 | 8 | |
| Меланхолический | абс. | 12 | 0 | 4,87 |
| | % | 16 | 0 | |
| Диффузный ТОД | | | | |
| Неврастенично-ипохондрично-сензитивно-тревожный | абс. | 0 | 17 | 6,32 |
| | % | 0 | 27 | |
| Ипохондрично-неврастенично-меланхолично-апатично-сензитивный | абс. | 0 | 7 | 3,93 |
| | % | 0 | 11 | |
| Неврастенично-сензитивно-эгоцентрично-паранойяльный | абс. | 0 | 7 | 3,93 |
| | % | 0 | 11 | |
| Неврастенично-сензитивно-эгоцентрично-дисфоричный | абс. | 0 | 9 | 4,49 |
| | % | 0 | 14 | |

С целью многостороннего исследования личности был использован «Стандартизированный многофакторный метод исследования личности».

Профили во всех группах оказались неоднородными, среди них можно было выделить несколько вариантов. В группе 1 было выделено 4 варианта личностных профилей. Первый вариант (7821'63049 / 5 FKL, 31,8%) характеризовался заострением тревожно-мнительных, ананкастных и сенситивних черт личности. В целом профиль отображает тревожно-депрессивное состояние с ипохондрическими включениями. Пики по шкалах 7 (тревожность) и 8 (индивидуалистичность), практически достигающие 80Т баллов, свидетельствуют о социальной дезадаптации хронического характера, что, в свою очередь продиктовано комплексом неполноценности, ощущением собственного несовершенства, повышенным чувством вины, стыда. Характерным является нервозность, склонность к бесконечному, часто бесполезному обдумыванию проблем («умственная жвачка»), отгороженность, хронически действующее чувство душевного дискомфорта, неуверенность в собственных силах. Второй вариант профиля (12'70345689 FKL, 29,5%) характеризовался 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. Состояние таких женщин определялось эмоциональной напряженностью, подавленностью настроения, тревожностью, ипохондрической фиксацией. Для этих женщин характерны пессимизм, сниженная самооценка, неуверенность в себе, напряженность и тревога, легко возникающее чувство вины и недостаточная оценка собственных возможностей. Их отличала уязвимость, сентиментальность, сензитивность, ранимость. Предпочтение отдается узкому кругу близких людей, поскольку установление новых межличностных связей дается с трудом. Усугубляющим является инертный, догматичный стиль мышления, лишаящий свободы, раскованности и независимости. Защитным механизмом является отказ от самореализации и усиление самоконтроля сознания. Третий вариант (612'4903 FLK, 21,2%) личностного профиля характеризовался повышением показателей 6-й шкалы (ригидности), сочетающихся с подъемом профиля на невротических шкалах: 1-й (сверхконтроля), 2-й (пессимистичности), умеренным повышением 4-й шкалы (импульсивности). Такое расположение профиля свидетельствует о повышенной устойчивости негативно окрашенных аффективных переживаний, склонности к конфликтам, раздражительности, недоверчивости, несдержанности, вспышках агрессивности. Таким образом, социальные контакты осложнены раздражительностью, сниженным

настроением, тревогой, пессимистическим отношением к своим и семейным проблемам, подавленностью. Лица с данным профилем личности являются ригидными, конформными, педантичными, дистанцированными, сентиментальными, обидчивыми, упрямыми. Поведение таких женщин определяется зависимостью от социального одобрения, озабоченностью своим социальным статусом и стремлением вызвать к себе симпатию окружающих. Сочетание пиков на 2 и 6 шкале отражает выраженную дисгармоничность, происходит увеличение трудностей в межличностном общении: стремление избежать разочарования, ограничительное поведение с ожиданием агрессивных действий со стороны других людей. Четвертый вариант личностного профиля (0'71324 FKL, 17,5%) характеризовался значительным повышением по шкале 0 (интроверсии), что указывает на обращенность интересов в мир внутренних переживаний, снижение уровня включенности в социальную среду, замкнутость, скрытость, избирательность в контактах, стремление избегать межличностного взаимодействия, что значительно сужает сферу межличностных отношений. В ситуациях стресса – заторможенность, бегство от проблем в одиночество. Сочетание умеренно повышенной 7 шкалы (тревоги) и повышенной шкалы 0 (социальной интроверсии) свидетельствует об ослаблении социальных контактов, отгороженности и отчужденности.

В группе 2 было выделено 2 варианта личностных профиля Первый вариант личностного профиля (72'1680 LFK, 58,7%) характеризовался значительным повышением по 7 шкале (тревожности) и шкале 2 (пессимистичности). Подобная конфигурация профиля указывает на состояние выраженной тревоги, еще не трансформировавшейся под влиянием защитных механизмов в более конкретное состояние. Профиль отображает неуверенность в себе, нерешительность, чувство растерянности, беспокойства. Второй вариант личностного профиля (763'12489 LFK, 41,3%) характеризуется повышенной тревожностью в сочетании с ригидностью и эмоциональной лабильностью. Данная конфигурация профиля свидетельствует о болезненной фиксированности на ортопедическом дефекте.

Было выявлено, что при длительно существующем ортопедическом дефекте проблема собственной малоценности, неполноценности становится значимой в интерперсональных отношениях, в которых другим принадлежит ценность, сила, уверенность, этой проблеме уделяется много времени и энергетических затрат; в то время, как при недавно существующем дефекте, данная проблема отбрасывается под действием защитных механизмов,

которые функционируют в предельно интенсивном режиме на этапе приспособления к ортопедическому дефекту; эмоциональная осознанность при интерперсональных контактах более дифференцирована при длительно существующем дефекте, чем при недавно приобретенном дефекте; при недавно приобретенном дефекте позиция в интерперсональных отношениях защитная; независимо от длительности существования дефекта, основной в интерперсональных отношениях становится проблема человеческого достоинства; так же, независимо от длительности существования дефекта, значимым становится «взгляд другого». Итак, с течением времени защитные механизмы психики не выдерживают нагрузки «точки зрения другого», проблемность интерперсональных отношений усиливается, становится более негативной, эмоционально осознаной.

Одной из задач по изучению системы отношений женщин с ортопедическим дефектом было изучение особенностей их системы супружеских отношений. Установлена существенная разница в стилевых особенностях реагирования на супружескую психотравматизацию в 3-х группах исследованных. В гр. 1 баллы по шкале «неконструктивных установок на брак» находятся в зоне низких значений, шкалы отражающие защитные способы реагирования, находятся в зоне средних значений с тенденцией к низкому уровню. Значения по шкале агрессии указывали на отсутствие агрессивных проявлений в семейном взаимодействии женщин с длительно существующим ортопедическим дефектом. Значения по шкале «фиксации на психотравме» находились в зоне средних значений, что указывает на тенденцию к фиксации аффекта и интеллекта на психической травме. Пики в профиле, образованные по шкалам «депрессии» и «соматизации тревоги», свидетельствуют о заторможенности, астении, снижении интересов. В гр. 2 не обнаружено неконструктивных установок на брак. Значения, полученные по шкале депрессии, свидетельствуют о тенденции к развитию депрессивных состояний у женщин с недавно приобретенным ортопедическим дефектом. Значения по шкалам «агрессии» и «соматизации тревоги», указывают на отсутствие данных проявлений у женщин с недавно приобретенным ортопедическим дефектом. Значения по шкале «фиксации на психотравме», указывают на тенденцию к застреванию аффекта и интеллекта на психической травме. Высокие пики, образованные по шкалам «протективных» и «дефензивных» механизмов, указывают на защитную активность, как по типу недопущения в сознание психотравмирующей информации, так и по типу «реинтерпретативной активности». В гр. 3 установлен гармоничный стиль реагирования на

супружескую психотравматизацию.

В гр. 1 самоотношение женщин характеризовалось неудовлетворенностью собой, своими возможностями, сомнениями в способности вызывать уважение, подверженности собственного «Я» временным обстоятельствам, неспособностью противостоять судьбе, плохой саморегуляции, размытом локусе «Я». Представление женщин о себе, основано на ощущении того, что их личность, характер и деятельность не способны вызвать у других уважение, симпатию, одобрение. Один из наиболее негативных пиков в профиле самоотношения образован по шкале «самоценность» ($M = 4,90$, $\sigma 2,28$), что отражает недооценку своего духовного «Я», сомнения в ценности собственной личности, отстраненности, потере интереса к своему внутреннему миру. Характерно отсутствие дружеского отношения к себе, одобрения собственных планов и намерений, что является важным симптомом внутренней дезадаптации. Высокий пик по шкале «внутренняя конфликтность» ($M = 9,26$, $\sigma 1,98$) в профиле самоотношения свидетельствовал о наличии внутренних конфликтов, сомнения, несогласия с собой. По шкале «самообвинения» высокие баллы ($M = 7,02$, $\sigma 1,69$) свидетельствовали о интрапунитивности, самообвинении, готовности поставить себе в вину свои промахи, неудачи, собственные недостатки. Во 2 гр. женщин наблюдался повышенный порог к осознанию своего «Я», снижена рефлексивность ($M = 5,60$, $\sigma 1,17$). Относительно такого аспекта самоотношения как самоуверенность, наблюдалось некоторое понижение данного аспекта по сравнению с группой здоровых женщин ($t = 4,34$), но достоверно значимое повышение, по отношению к группе женщин с длительно существующим ортопедическим дефектом ($t = 4,56$). Такая же картина наблюдается и по параметру «саморуководство», достоверные различия между гр. 2 и гр. 3 ($t = 4,06$) указывают на потерю адекватной саморегуляции, но на относительное ее сохранение, по сравнению с группой 1 ($t = 10,88$). Чувства, связанные с ожиданием отношения к себе со стороны других, характеризовались неверием в то, что их личность, характер и деятельность способны вызвать в других уважение, симпатию, понимание и одобрение. По параметру «самоценность» установлены достоверно значимые различия как по сравнению с 1 гр. ($t = 8,47$), так и гр. 3 ($t = 7,85$). Таким образом, эмоциональная оценка себя по внутренним интимными критериями любви, духовности, богатства внутреннего мира, характеризуется сомнениями в ценности собственной личности, отстраненности, граничащей с безразличием к своему «Я». По шкале «самопринятие», также зафиксированы значимые различия между гр. 2 и гр.

1 ($t = 3,10$), 3 ($t = 7,50$). Таким образом, женщинам 2 гр. свойственна потеря дружеского отношения к себе, согласия с собой, эмоционального, безусловного принятия себя таким, какой ты есть. По параметру «внутренняя конфликтность» установлены достоверно значимые различия между женщинами 2 гр. и гр. 1 ($t = 7,50$), 3 ($t = 2,21$). Таким образом, у женщин с недавно приобретенным ортопедическим дефектом, имеют место конфликты во внутреннем плане личности. По шкале «самообвинения», было установлено достоверно значимое различие с группами 1 ($t = 4,91$), 3 ($t = 9,68$), что свидетельствует о тенденции к готовности поставить себе в вину свои промахи, неудачи, собственные недостатки.

Исследование отношения женщин к собственной телесности выявило, что женщины с ортопедическим недостатком, независимо от продолжительности его существования, отрицательно коннотируют собственное тело, которое воспринимается ими отталкивающим, дефектным, недостойным любви и нежелательным как для них самих так и для окружающих. Самые негативные оценки были выявлены у женщин гр. 1 ($M = 29,13$), которые достоверно отличаются от женщин гр. 2 ($t = 2,48$) и от женщин гр. 3 ($t = 5,42$).

Выводы.

1. Установлено, что с течением времени качество жизни женщин с односторонним укорочением нижней конечности имеет тенденцию к улучшению, но значительно отклоняется от нормативных показателей, что свидетельствует о проникновении ортопедической патологии в систему отношений женщин с укорочением конечности.

2. Выявлены типологические особенности отношения к ортопедическому дефекту, а именно: при длительно существующем ортопедическом дефекте преобладают эргопатический, неврастенический, меланхолический, сензитивный типы отношения к дефекту. При недавно приобретенном дефекте преобладает диффузный тип отношения к болезни, что свидетельствует о неоформленном, нестойком отношении к дефекту на ранних этапах его существования с последующей его кристаллизацией.

3. Установлено, что ортопедический дефект является значительным стрессором, что приводит к патогенным изменениям личности. Выявлены личностные особенности женщин при наличии длительно существующего дефекта, в виде одностороннего укорочения, а именно: хроническое состояние социальной дезадаптации, заостренная тревожность, мнительность, неадекватность, интровертность. При наличии недавно приобретенного ортопедического дефекта, на первый план выступает

реактивное состояние тревоги, страха, эмоциональной лабильности. С течением времени реактивное состояние, вызванное травмой нижней конечности, фиксируется и приводит к дифференцированным личностным изменениям, которые опираются в свою очередь, на преморбидный личностный радикал, который, сочетаясь с реакцией на травму, формирует морбидные личностные изменения.

4. Установлены особенности межличностных отношений женщин с ортопедическим дефектом травматического происхождения. При долгосрочном ортопедическом дефекте, проблема неполноценности и унижения главенствует в интерперсональных контактах, эмоциональная осознанность межличностного взаимодействия более дифференцирована при длительно существующем дефекте, чем при недавно приобретенном. При недавно приобретенном дефекте, позиция в интерперсональных отношениях - защитная. Независимо от длительности существования укорочения нижней конечности, основной проблемой интерперсональных отношений становится человеческое достоинство, что основывается на «взгляде другого». С течением времени происходит инверсия агрессии и отчужденности, экстрапунитивность заменяется интрапунитивностью, гиперсоциальностью, фасадностью. Женщинам, с длительно существующим ортопедическим дефектом, в межличностном взаимодействии присуще компромиссное поведение, нерешительность, зависимость, гиперсоциальность. Женщинам с недавно приобретенной недостатком присущ контроль над другими, эксплуатация, что диктуется их неприспособленностью к полученному дефекту. Независимо от длительности существования дефекта коммуникативные контакты опосредуются чувствами несоответствия, неполноценности, что влияет на их качество.

Стилевыми особенностями брачно-семейных отношений 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, свидетельствующие о неконструктивном разрешении конфликта, ослаблении защит и формировании хронического стилевого дезадаптивного взаимодействия. В целом наличие ортопедического дефекта вне зависимости от длительности его существования отображается на стилевых особенностях личности при семейной психотравматизации.

5. Установлено, что при длительно существующем ортопедическом дефекте негативное самоотношение становится фронтальным, охватывает все структурные компоненты самоотношения, в которых не остается зон,

свободных от конфликта. Самоотношение женщин с недавно приобретенным ортопедическим дефектом, характеризуется повышенным порогом к осознанию собственного «Я», снижением самоуважения, ожиданием негативного отношения от других, сомнений в собственной ценности, конфликтностью во внутреннем плане личности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аммон Г. Динамическая психиатрия / Г. Аммон. - СПб, 1995. - С.12-56.
2. 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.
3. Беул Е.А. Борьба с ожирением / Е. А. Беул, Ю.П. Попова// Клиническая медицина. - 1990. - Т. 68. №8. - С.106-110.
4. Бодалев А. А. Восприятие и понимание человека человеком/ А. А. Бодалев. - М.: Изд-во Московского университета, 1982.- 200с.
5. Выготский Л. С. К психологии и педагогике детской дефективности/ Л. С. Выготский // Хрестоматия по возрастной и педагогической психологии. - М.: Издательство Московского университета, 1980. - С.24-35.
6. Духновский С. В. Субъективная оценка межличностных отношений /Духновский С.В.- СПб: ООО Издательство «Речь», 2006.- 35с.
7. Залуцкая Н.М. Индекс функционирования Self-системы / Залуцкая Н.М., Вукс А.Я., Вид В Д.- СПб.: НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2003.- 47с.
8. Кочарян Г. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов / Г. С. Кочарян, А. С. Кочарян. - М.: Медицина, 1994. - 224 с.
9. Купреева О.И. Методика диагностики отношения к другому людей с инвалидностью/ О.И Купреева.- К.: Університет «Україна», 2004.- 448с.
10. Мясичев В. Н. Психология и медицина/ В. Н. Мясичев // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней: тезисы докладов. - М.: Всесоюзное научное медицинское общество невропатологов и психиатров, 1972. - С. 41-46.
11. Мясичев В. Н. Психология отношений/ В. Н. Мясичев. - М.: МПСИ, 2003. - 400 с.
12. Николаева В. Н. Влияние хронической болезни на психику/ В. Н. Николаева- М.: МГУ, 1987. - С. 22-139.
13. Основы общей и медицинской психологии/ [Мясичев В. Н., Карвасарский Д. Б., Либих С. С., Тонконогий И. М.] - Л.: «Медицина», 1975. - С.213-219.
14. Пантелеев С. Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система/ Пантелеев С.Р. -М.: Наука, 1991.- С.23-179.
15. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. / Д. Я. Райгородский - Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2002. - С. 153-156.
16. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей / [Л.И.Вассерман, Б. В.Иовлев, Э. Б.Карпова, А. Я.Вукс.] - СПб, 2005. - 32 с.
17. Рамси Н. Психология внешности / Н. Рамси, Д. Харкорт.- СПб.: Питер, 2009.- 256 с.
18. Собчик Л.Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики

- / Л. Н Собчик. – СПб: Издательство «Речь», 2003. – 624 с.
19. Соколова Е. Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях: Учебное пособие / Е. Т.Соколова, В. В.Николаева. – М.: SvR-Аргус, 1995. – 359 с.
 20. Тхостов А. Ш. Болезнь как семиотическая система / А. Ш. Тхостов // Вестник Московского университета. – 1993.– №1. – С.3 –16.
 21. Bredbury E. Early parental adjustment to visible congenital disfigurements/ E. Bredbury, J. Hewison.- Child,1994.- P.251-266.
 22. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity /E. Goffman - NJ:Prentice-Hall, 1963.-P.45-67.
 23. MacGregor F.C. Social psychological and cultural dimensions of cosmetic and reconstructive plastic surgery/ F.C. MacGregor – NY: Times book. –1979. – P. 1-10.
 24. MacGregor F.C. Transformation and identity / F.C. MacGregor /– NY: Times book. – 1974. – P. 127-220.
 25. Newell R.J. Body image and disfigurement care/ R.J. Newell.-London.:Routledge,2000. – P.46-80.
 26. Newell R.J. Psychological difficulties amongst plastic surgery ex-patients following / R.J. Newell.- British journal of plastic surgery.-2000.-№53.-P.-386-92.
 27. Ware J.E. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection / J.E. Ware, C.D. Sherbourne // Med Care. 1992. - Vol. 30(6): P. 473- 483.

REFERENCES

1. Ammon G. *Dinamicheskaia psikhiaitriia* [Dynamic psychiatry]. Saint Petersburg, 1995. pp.12-56.
2. Arina G. A. Psychology embodiment: methodological principles and stages of clinical-psychological analysis. *Psikhologiya telesnosti mezhdu dushoi i telom - Psychology physicality between soul and body*, 2007. p.222–236 (in Russian).
3. Beil E.A. Fighting Obesity. *Klinicheskaya meditsina - Clinical medicine*, 1990, no.8. pp.106-110 (in Russian).
4. Bodalev A. A. *Vospriyatie i ponimanie cheloveka chelovekom* [Perception and understanding of the human person]. Moscow, Izd-vo Moskovskogo un-ta, 1982. 200 p.
5. Vygotskii L. S. *K psikhologii i pedagogike detskoj defektivnosti / Khrestomatia po vozrastnoi i pedagogicheskoi psikhologii* [To psychology and pedagogy, children's defectiveness / Anthology of age and pedagogical psychology]. Moscow, Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta, 1980. pp.24-35.
6. Dukhnovskii S. V. *Sub"ektivnaya otsenka mezhlchnostnykh otnoshenii* [Subjective assessment of interpersonal relations]. Saint Petersburg, Izdatel'stvo «Rech'», 2006. 35 p.
7. Zalutskaya N.M. *Indeks funktsionirovaniia Self-sistemy* [Index functioning of the Self-system]. Saint Petersburg, NIPNI im. V.M.Bekhtereva, 2003. 47 p.
8. Kocharian G. S. *Psikhoterapiia seksual'nykh rasstroistv i supruzheskikh konfliktov* [Psychotherapy sexual and marital conflict]. Moscow, Meditsina, 1994. 224 p.
9. Kupreeva O.I. *Metodika diagnostiki otnosheniia k drugomu liudei s invalidnost'iu* [Technique of diagnostics of relationship to another people with disabilities]. Kiev, Universitet «Ukraina», 2004. 448 p.

10. Miasishchev V. N. *Psikhologiya i meditsina* [Psychology and medicine]. *Rol' psikhicheskogo faktora v proiskhozhdenii, techenii i lechenii somaticheskikh boleznei: tezisy dokladov* [the Role of mental factor in the origin, course and treatment of somatic diseases: abstracts]. Moscow, Vsesoiuznoe nauchnoe meditsinskoe obshchestvo nevropatologov i psikhiatrov, 1972. pp. 41–46.
11. Miasishchev V. N. *Psikhologiya otnoshenii* [The psychology of relationships]. Moscow, MPSI, 2003. 400 p.
12. Nikolaeva V. N. *Vliianie khronicheskoi bolezni na psikhiku* [The impact of chronic illness on the psyche]. Moscow, MGU, 1987. – pp.22-139.
13. *Osnovy obshchei i meditsinskoi psikhologii* [Bases of General and medical psychology] / [Miasishchev V. N., Karvasarskii D. B., Libikh S. S., Tonkonogii I. M.]. Leningrad, Meditsina, 1975. pp.213–219.
14. Panteleev S. R. *Samootnoshenie kak emotsional'no-otsenochnaia sistema* [The attitude as emotionally-assessment system]. Moscow, Nauka, 1991. pp.23-179.
15. Raigorodskii D. Ia. *Prakticheskaiia psikhodiagnostika. Metodiki i testy. Uchebnoe posobie* [Practical psychodiagnostics. Methods and tests. The tutorial]. Samara, Izdatel'skii Dom «BAKhRAKh-M», 2002. pp. 153–156.
16. *Psikhologicheskaiia diagnostika otnosheniia k bolezni. Posobie dlia vrachei* [Psychological diagnosis of the illness. Manual for doctors] / [L.I.Vasserman, B. V.Iovlev, E. B.Karpova, A. Ia.Vuks.]. Saint Petersburg, 2005. 32 p.
17. Ramsi N. *Psikhologiya vneshnosti* [The psychology of appearance]. Saint Petersburg, Piter, 2009. 256 p.
18. Sobchik L.N. *Psikhologiya individual'nosti. Teoriia i praktika psikhodiagnostiki* [Psychology of personality. Theory and practice of psycho-diagnostics]. Saint Petersburg, Izdatel'stvo "Rech'", 2003. 624 p.
19. Sokolova E. T. *Osobennosti lichnosti pri pograniichnykh rasstroistvakh i somaticheskikh zbolevaniiax: Uchebnoe posobie* [Especially in borderline personality disorders and somatic diseases: the textbook]. Moscow, SvR-Argus, 1995. 359 p.
20. Tkhostov A. Sh. Disease as a semiotic system. *Vesnik Moskovskogo universiteta - Bulletin of Moscow University*, 1993, no.1. pp.3–16 (in Russian).
21. Bredbury E. Early parental adjustment to visidle congenital disfiguremtnts / E. Bredbury, J. Hewison. *Child*, 1994. – pp.251-266.
22. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoilet identity* / E. Goffman. NJ: Prentice-Hall, 1963. – pp.45-67.
23. MacGregor F.C. *Sosial psychological and cultural dimensions of cosmetic and reconstructive plastic surgery* / F.C. MacGregor. NY: Times book, 1979, pp.1-10.
24. MacGregor F.C. *Transformation and identity* / F.C. MacGregor. NY: Times book, 1974, pp.127-220.
25. Newell R.J. *Body imege and disfigurement care* / R.J. Newell. London.: Routledge, 2000. pp.46-80.
26. Newell R.J. *Psychological difficulties amongst plastic surgery ex-patients following* / R.J. Newell. *British journal of plastic surgery*, 2000, no.53, pp. 386-92.
27. Ware J.E. *The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection* / J.E. Ware, C.D. Sherbourne // *Med Care*, 1992, Vol. 30(6): pp. 473-483.

Информация об авторах

Кочарян Александр Суренович (Украина, г. Харьков) – Профессор, доктор психологических наук, заведующий кафедрой психотерапии. Харьковский национальный университет им. Каразина. E-mail: Kochar50@yandex.ru

Макаренко Амалия Алексеевна (Украина, г. Харьков) – Кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии. Национальный аэрокосмический университет им. Н.Е.Жуковского «ХАИ». E-mail: makarenko.amaliya@mail.ru

Сейдаметова Севиль Ильмиевна (Украина, г. Симферополь) – Преподаватель кафедры психологии. Крымский инженерно-педагогический университет. E-mail: s_sevil@mail.ru

Information about the authors

Kocharian Aleksandr Surenovic (Ukraine, Kharkov) – Professor, doctor of psychological sciences, head of the department of psychotherapy. V.N. Karazin Kharkiv National University. E-mail: Kochar50@yandex.ru

Makarenko Amaliia Alekseevna (Ukraine, Kharkov) – Ph.D. in psychology, associate professor of psychology. National Aerospace University named after N.E. Zhukovsky "KhAI". E-mail: makarenko.amaliya@mail.ru

Seidametova Sevil' Il'mievna (Ukraine, Simferopol) – Lecturer of the department of psychology. Crimean Engineering-Pedagogical University. E-mail: s_sevil@mail.ru