

---

---

## Организация здравоохранения

---

---

УДК 159.9

### ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЦЕННОСТНОГО КОМПОНЕНТОВ Я-КОНЦЕПЦИИ У ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ НА ЭТАПЕ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

И. В. Овчинникова\*, кандидат психологических наук,  
Е. В. Пчелинцева, кандидат педагогических наук

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

#### РЕЗЮМЕ

**Цель** – изучить когнитивный и эмоционально-ценностный компоненты Я-концепции, определить особенности самооценки и отношения к болезни у пациентов с нарушениями функций двигательной сферы.

**Материал и методы.** Обследовано 40 пациентов с нарушениями функций двигательной сферы, которые проходили реабилитацию в 2015–2016 гг. Использовались диагностические методики: тест Куна и Макпартлэнда «Кто я?», «Методика исследования самооценки личности» С. А. Будасси и «Личностный опросник Бехтеревского института» (ЛОБИ).

**Результаты.** Выявлен средний и низкий уровень самопрезентации, склонность к патологической фиксации внимания на своей персоне, неспособность быть «здесь и сейчас» в ситуации болезни, повлекшей нарушение функций двигательной сферы, неспособность представить себя в роли жены (мужа), подруги (друга). Обнаружена тенденция к занижению самооценки у женщин. Из 13 известных типов отношения к болезни выявлены семь, из них чаще встречался анозогнозический (37,5%). Установлены взаимосвязи между самооценкой и выраженностью социальной дезадаптации. Показано, что анозогнозический и эргопатический типы отношения к болезни не приводят к существенному нарушению адаптации. Положительные корреляционные связи выявлены между невротической триадой (шкалы «ипохондри», «депрессии», «истерии»), тревожным и неврастеническим типами отношения к болезни; между шкалой «психастения» по методике СМОЛ и тревожным типом отношения к болезни; между психастеническим складом личности (тревожностью, мнительностью, навязчивыми идеями) и неврастеническим типом отношения к болезни, который характеризуется частыми вспышками раздражения, нетерпеливостью; между гипертимными чертами личности и эйфорическим типом отношения к болезни. Учет психологических особенностей данного контингента пациентов является важной предпосылкой для разработки адекватной программы лечения, реабилитации и улучшения качества их жизни.

**Выводы.** Когнитивный аспект Я-концепции у пациентов, имеющих нарушения двигательной сферы, характеризуется низким уровнем самопрезентации, проявлением защитных механизмов, склонностью к патологической фиксации на дефекте, потребностью социального одобрения. Эмоционально-ценностный аспект Я-концепции у данных пациентов характеризуется неравномерным характером самооценки, повышением удовлетворенности собой за счет компенсаторного снижения идеальной самооценки, присутствием на бессознательном уровне чувства неудовлетворенности собой. Все выявленные особенности оказывают существенное влияние на коммуникативное взаимодействие респондентов, имеющих дезадаптивные типы отношения к болезни.

**Ключевые слова:** когнитивный, эмоционально-ценностный аспекты Я-концепции, нарушения функций двигательной сферы, самооценка, тип отношения к болезни.

\* Ответственный за переписку (corresponding author): ovchinnikova.iv@mail.ru

Проблема реабилитации больных с нарушениями функций двигательной сферы является крайне актуальной [6, с. 25; 7, с. 36; 9, с. 101]. Длительность процесса реабилитации в значительной мере влияет на эмоциональное состояние и самооценку больного, приводит к развитию депрессивных, ипохондрических реакций на болезнь

[6, с. 49]. Тревожность, неуверенность в будущем снижают приверженность больного к лечению и его активность в мероприятиях восстановительного лечения. Необходимость для практических работников сферы здравоохранения сведений о личностных особенностях названной категории пациентов и отсутствие публикаций по дан-

ной проблематике обуславливает актуальность исследования Я-концепции – динамической системы представлений человека о самом себе, в которую входит как собственно осознание своих физических, интеллектуальных и других качеств, так и самооценка, а также субъективное восприятие влияющих на данную личность внешних факторов [6, с. 51].

По определению Р. Бернса, Я-концепция возникает у человека в процессе социального взаимодействия как неизбежный и всегда уникальный результат психического развития, как относительно устойчивое и в то же время подверженное внутренним изменениям и колебаниям психическое приобретение [1, с. 30]. В основу нашего исследования положено представление Р. Бернса о системе Я-концепции, которая включает [1, с. 33]:

1. Когнитивный компонент – образ Я, к которому относятся представления индивида о самом себе; они, как правило, кажутся ему убедительными независимо от того, основаны ли они на объективном знании или субъективном мнении, являются ли они истинными или ложными. Конкретные способы самовосприятия, ведущего к формированию образа Я, могут быть самыми разнообразными. Так, когнитивная составляющая Я-концепции включает в себя самописание – способность охарактеризовать неповторимость своей личности через сочетание ее отдельных черт. Но далеко не всегда качества, которые индивид приписывает собственной личности, являются объективно ей присущими.
2. Эмоционально-ценностный (аффективный) компонент существует в силу того, что когнитивная составляющая не воспринимается человеком безразлично, а пробуждает в нем эмоции, интенсивность которых зависит от контекста и от самого когнитивного содержания.

Тяжелая болезнь, как указывает К. Ясперс, может исказить «обычный» путь развития личности и ее структурных компонентов, поэтому если человек имеет физические недостатки, то чувство неполноценности будет усиливаться; внешний вид существенно влияет на самоотношение, которое, в свою очередь, влияет на самосознание, самооценку, Я-концепцию в целом [8, с. 78].

Практика наблюдений в клинике за больными с нарушениями функций двигательной сферы свидетельствует о том, что эти нарушения приводят к изменениям самооценки, которую К. Rodgers считал основой личности [7, с. 23], так как все поведение человека должно, по мнению этого автора, совпадать с его представлением о себе. Самооценка для человека – инструмент самоуправления, она обеспечивает связь личности с окружающим миром и в значительной степени определяет

характер социального поведения индивида, его активность, продуктивность деятельности, постановку новых целей, определение перспектив взаимоотношения с окружающими людьми и т.д. [6, с. 145]. Все это указывает на важность и значимость изучения самооценки у больных с нарушениями функций в двигательной сфере.

Целью настоящего исследования явилось изучение когнитивного и эмоционально-ценностного компонентов Я-концепции, определение особенностей самооценки и отношения к болезни у пациентов с нарушениями функций двигательной сферы.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В 2015–2016 гг. на базе клиники ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России проведено исследование с участием 40 пациентов (20 женщин и 20 мужчин) в возрасте от 37 до 58 лет с нарушениями функций двигательной сферы, которые были обусловлены кардиологическими (65% из них (15 женщин и 11 мужчин)) или неврологическими (35% (5 женщин и 9 мужчин)) заболеваниями. Пациенты проходили второй этап реабилитации.

В исследовании были использованы: тест Куна и Макпартленда «Кто я?» в модификации В. И. Юрченко, предназначенный для исследования установок личности, особенностей и структуры Я-концепции [5, с. 97]; психологический тест Mini-Mult (сокращенный многофакторный опросник для исследования личности – СМОЛ) [2]; личностный опросник Бехтерева института [3], разработанный сотрудниками НИИ им. В. М. Бехтерева для диагностики типов отношений к болезни и лечению у больных с хроническими соматическими заболеваниями. Достоверность полученных результатов обеспечивалась адекватностью применяемых методов и методик, анализом и проверкой полученных данных с помощью критерия Спирмена. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программного пакета «Statistica 6.0».

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты теста Куна и Макпартленда «Кто я?» продемонстрировали средний и низкий уровень самопрезентации у испытуемых, склонность к патологической фиксации внимания на своей персоне (30 человек, 75%). Только 10 респондентов (25%) описывают себя как исполнителя различных социальных ролей.

При изучении отношения испытуемых с легким парезом к своему физическому Я установлено, что респонденты вспоминают свой физический

образ до болезни («Я когда-то был(а) красивой, стройной, спортивного телосложения и т. д.»), но не способны «здесь и сейчас», в ситуации болезни, повлекшей нарушение функций двигательной сферы, представить себя в роли жены (мужа), подруги (друга) и т. д. Эти результаты можно объяснить проявлением защитных механизмов в структуре самосознания.

Исследование личности по методике СМОЛ показало, что уровень реагирования в выборке испытуемых, проходивших ранний этап реабилитации, находится в пределах нормативных значений с тенденцией к формированию невротической триады (по шкале «ипохондричность» – 62,28 балла; по шкале «депрессия» – 62,86 балла; по шкале «истерия» – 61,96 балла) и заострению психастенических (62,22 балла) и паранойяльных черт (60,42 балла) (табл. 1). Авторы методики показателями относительной нормы для всех шкал СМОЛ считают значения от 40 до 60 баллов.

Данные значения показывают, что у респондентов наблюдается тенденция к преобладанию пессимистического отношения к происходящим событиям, желания уйти от решения сложных жизненных ситуаций; сниженный фон настроения, носящий неустойчивый характер, им свойственна опечаленность, удрученность собственным положением. Выражены такие характеристики, как тревожная мнительность, склонность к драматизации событий, чувствительность, инфантильность. Испытуемые склонны к фиксации внимания на отрицательных переживаниях, ригидности и формированию иррациональных идей.

По шкалам невротической триады у 64% респондентов (27 человек) не выявляются завышенные показатели профиля. У 36% выборки (13 человек, из них 6 мужчин и 7 женщин) показатели профиля превышают нормативные значения. При этом более 70 баллов по одной шкале невротической триады получили 10 человек, по двум шкалам – 6, а по трём шкалам – 7 (что составляет соответственно 20; 12 и 14% от всей выборки).

У 32% испытуемых (4 мужчины, 8 женщин) имеются лёгкие (у 10), умеренные или выраженные отклонения по шкале «ипохондричность», что сопровождается фиксацией внимания на внутренних ощущениях, склонностью к преувеличению тяжести своего состояния. У 68% принявших участие в исследовании показатели соответствуют норме.

По шкале «депрессия» в пределах нормы показатели находились у 72% респондентов. Однако у 28% (3 мужчины, 6 женщин) выявлены лёгкие, умеренные (у 4) и выраженные (у 2) изменения, а именно клинически выраженная депрессия с чувством тоски, бесперспективности, суицидальными мыслями и намерениями.

Завышенные показатели зафиксированы по шкалам «психастения» (34% испытуемых, из них 6 мужчин, 7 женщин), «паранойя» (28%, из них 3 мужчины, 6 женщин), «истерия» (26%, 4 мужчины, 6 женщин) и «шизотипия» (18%, 2 мужчины, 6 женщин). По шкале «психастения» выраженные отклонения выявлены у 2 респондентов (4%), умеренные – у 11 (22%), лёгкие – у 4 (8%). По шкале «паранойя» лёгкие и умеренных изменения имелись у 24%, выраженные – у 2 (4%). Таким образом, части представленной выборки (34%) свойственны такие личностные характеристики, как тревожность, мнительность, склонность к образованию навязчивых идей и дезорганизация поведения вследствие этих особенностей. Одной трети выборки присущи такие качества личности, как обращенность к отрицательным переживаниям, обидчивость, склонность к прямоте в общении, к формированию сверхценных или бредовых идей с чувством собственной ущемлённости, враждебности со стороны окружающих. Истериические черты, такие как демонстративность, жажда признания, эгоцентризм, экзальтированность, инфантильность, согласно полученным данным, присутствуют приблизительно у одной четверти испытуемых.

Только 38% испытуемых не имеют выраженных изменений и отклонений по клиническим шкалам СМОЛ. Завышенные профили по шкалам имеют

**Таблица 1.** Личностные особенности испытуемых по СМОЛ, баллы

Шкалы СМОЛ	Среднее значение (M)	Min	Max	Стандартное отклонение (SD)
Ипохондричность	62,28	22	101	14,97
Депрессия	62,86	39	88	11,72
Истерия	61,96	31	97	13,13
Психопатия	54,42	31	98	13,11
Паранойя	60,42	39	95	12,59
Психастения	62,22	31	84	13,96
Шизотипия	58,80	35	89	14,42
Гипомания	56,68	26	79	11,23

62% респондентов, из них у 9 (18%) завышена оценка по одной шкале СМОЛ, у 3 (6%) – по двум шкалам, по 6 (по 12%) – по трём, четырём и пяти шкалам; у одного испытуемого зафиксировано превышение по шести шкалам.

Анализ данных по половой принадлежности испытуемых, имеющих завышенные значения, показал, что из 18 мужчин, принявших участие в исследовании, завышение профиля по методике СМОЛ наблюдается у 54%. Из 22 женщин, принявших участие в исследовании, завышенные значения имеют 69% респонденток.

В результате применения личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ) выявлен сложившийся под влиянием болезни паттерн отношения к самой болезни, к её лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учёбе), одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит). Выделяются следующие типы отношения к самой болезни: гармоничный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, обсессивно-фобический, сенситивный, эгоцентрический, эйфорический, анозогнозический, эргопатический, паранойяльный. Наиболее часто встречающиеся типы отношения к болезни у людей, проходивших реабилитационные мероприятия в клинике ИвГМА, – это тревожный, неврастенический и сенситивный.

Неврастенический тип отношения к болезни выявлен на высоком уровне у 16% респондентов, на среднем – у 6%. Он характеризуется поведением по типу «раздражительной слабости». Эмоциональные проявления при этом типе характеризуются вспышками раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования. Испытуемые плохо переносят болевые ощущения, не способны ждать, например, облегчения состояния после процедур или принятия лекарств. Раздражение нередко носит ситуативный характер и «изливается на первого встречного», нередко завершается раскаянием и слезами.

Более мягко эмоциональные реакции проявляются у респондентов, которые принадлежат к паранойяльному (14%) и сенситивному (10%) типам. Особенности эмоционального реагирования у этой подгруппы проявляются в чрезмерной озабоченности возможностью произвести неблагоприятное впечатление на окружающих и стремлении приписывать возможные осложнения в своем здоровье халатности или злему умыслу медицинского персонала.

Только в одном случае нами выявлен гармоничный тип отношения к болезни, при котором испытуемая

адекватно оценивает своё состояние без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть всё в мрачном свете; стремится во всём активно содействовать успеху лечения и не желает обременять других тяготами ухода за собой.

На основе полученных данных был проведён корреляционный анализ (по Спирмену) между личностными характеристиками людей с ограниченными возможностями здоровья и типами их эмоционального реагирования по методикам СМОЛ и ЛОБИ (табл. 2).

Выявлены положительные корреляционные связи между невротической триадой (шкалы «ипохондриии», «депрессии», «истерии»), тревожным ( $r = 0,44$ ,  $p < 0,01$ ;  $r = 0,54$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = 0,44$ ,  $p < 0,01$ ) и неврастеническим ( $r = 0,50$ ,  $p < 0,01$ ;  $r = 0,46$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = 0,54$ ,  $p < 0,001$ ) типами отношения к болезни. Это позволяет сделать следующие выводы:

- чем больше внимание человека фиксировано на внутренних ощущениях, тем ярче выражено беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Ипохондрическая составляющая характеризуется как утрированная озабоченность своим здоровьем и убежденность в существовании того или иного заболевания вопреки аргументированным медицинским исследованиям;
- повышенная тревожность в оценке своего состояния, проявляющаяся страхами, беспокойством в совершенно безопасных ситуациях, положительно коррелирует со сниженным настроением, самооценкой, что усиливает печальность, удрученность своим положением; пациенты жалуются на чрезмерную чувствительность при переживаниях за близких и чувствительность к личным неудачам;
- постоянное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни вызывают перепады настроения, усиливают проявление истерического невроза («бегство в болезнь»), который сопровождается жалобами на боли во всем теле, слабость, преувеличение своих расстройств, реализацией потребности личности в привлечении внимания к себе. «Бегство в болезнь» способствует мнимому разрешению конфликта;
- «раздражительная слабость», которая проявляется быстрым утомлением, усилением головной боли, неспособностью что-либо делать, нарастающей общей и, главным образом, нервной слабостью, заставляет пациентов ещё больше сосредоточиваться на внутренних ощущениях и усиливает тенденцию к преувеличению ими тяжести своего состояния;

**Таблица 2.** Коэффициенты корреляции (по Спирмену) между личностными особенностями и типами отношения к болезни

Типы отношения к болезни	Шкалы СМОЛ							
	Ипохондрия	Депрессия	Истерия	Психопатия	Параннойя	Психастения	Шизотипия	Гипомания
Гармоничный	-0,06	-0,06	0,00	-0,02	-0,03	-0,13	-0,08	0,08
Тревожный	0,44**	0,54***	0,44**	0,23	0,16	0,37**	0,25	-0,09
Ипохондрический	0,09	0,15	0,05	0,05	0,07	0,05	0,06	0,13
Меланхолический	0,02	-0,08	-0,03	-0,09	-0,04	-0,14	0,00	-0,01
Апатический	-0,09	-0,12	-0,11	-0,13	-0,02	-0,10	-0,10	-0,08
Неврастенический	0,50***	0,46***	0,54***	0,25	0,20	0,34*	0,15	-0,17
Обсессивно-фобический	0,01	0,15	-0,05	-0,06	0,05	0,00	-0,02	0,00
Сенситивный	-0,04	-0,10	-0,01	0,00	-0,05	-0,11	-0,10	-0,17
Эгоцентрический	0,01	0,25	0,05	0,08	0,13	0,12	-0,03	-0,04
Эйфорический	-0,06	0,18	0,04	0,27	0,16	0,11	0,21	0,32*
Анозогнозический	0,09	0,07	0,16	0,23	-0,05	-0,02	0,22	0,04
Эргопатический	0,16	0,04	0,12	0,05	-0,07	0,04	-0,04	-0,01
Паранойальный	0,21	-0,03	0,15	0,13	0,02	0,16	0,26	0,04

*Примечание.* Статистическая значимость различий: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

- сниженный фон настроения приводит к учащению вспышек раздражительности у людей с ограниченными возможностями здоровья;
- непереносимость болевых ощущений усиливает проявления истерических реакций.

Положительная корреляция выявлена между шкалой «психастения» методики СМОЛ и тревожным типом отношения к болезни ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,01$ ). Постоянное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения приводит к дезорганизации поведения, что ещё больше усиливает эмоциональную угнетённость.

Положительная корреляция обнаружена между психастеническим складом личности (тревожностью, мнительностью, навязчивыми идеями) и неврастеническим типом отношения к болезни, который характеризуется частыми вспышками раздражения, нетерпеливостью ( $r = 0,34$ ;  $p < 0,05$ ): указанные личностные характеристики усугубляют проявления раздражительности и нетерпеливости.

Положительная корреляция также выявлена между гипертимными чертами личности и эйфорическим типом отношения к болезни ( $r = 0,32$ ;  $p < 0,05$ ): оптимистические качества личности могут усиливать необоснованное пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению, пациенты активно отбрасывают мысли о болезни и отрицают свой вклад в ее обострение, приписывая его появление случайным обстоятельствам. Они легко нарушают режим и стараются лечиться и проходить обследования так, чтобы это оставило возможность для продолжения работы.

Выявленные особенности когнитивного и эмоционально-ценностного компонентов Я-концепции у лиц с нарушением функций двигательной сферы должны учитываться специалистами в процессе их реабилитации, и прежде всего, при оказании психологической помощи. Учет психологических особенностей данного контингента пациентов является важной предпосылкой для разработки адекватной программы лечения, реабилитации и улучшения качества их жизни.

## ВЫВОДЫ

Проведенное исследование позволяет констатировать, что когнитивный аспект Я-концепции у пациентов с нарушением функций двигательной сферы характеризуется низким уровнем самопрезентации, проявлением защитных механизмов, склонностью к патологической фиксации на дефекте, потребностью социального одобрения. Эмоционально-ценностный аспект Я-концепции характеризуется неравномерным характером самооценки, повышением удовлетворенности собой за счет компенсаторного снижения самооценки, присутствием на бессознательном уровне чувства неудовлетворенности собой. Некоторые испытуемые склонны к фиксации своего внимания на отрицательных переживаниях, к ригидности и формированию иррациональных идей. У пациентов выражены такие характеристики, как тревожная мнительность, склонность к драматизации событий, чувствительность, инфантильность. Все перечисленные особенности коррелируют с дезадаптивным отношением к болезни и оказывают существенное влияние на коммуникативные взаимодействия данных пациентов. Неврастени-

ческий тип отношения к болезни, для которого характерны вспышки раздражения с последующим раскаянием из-за несдержанности, «раздражительная слабость», ещё больше фиксирует внимание человека на внутренних ощущениях и усиливает тенденцию к преувеличению тяжести своего состояния. Снижение дезадаптивных

способностей личности, обнаруженные у испытуемых, обуславливают возрастание тревожных, ипохондрических и депрессивных переживаний, что в сочетании со сниженной самооценкой сопровождается мнительностью, подавленностью, склонностью к фиксации внимания на своих ощущениях и пессимистической оценке перспективы.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бернс, Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Р. Бернс. – М. : Прогресс, 1986. – 422 с.
2. Зайцев, В. П. Вариант психологического теста Mini-Mult / В. П. Зайцев // Психологический журн. – 1981. – № 3. – С. 118–123.
3. Личко, А. Е. Личностный опросник Бехтеревского института / А. Е. Личко // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л. : Медицина, 1983. – 120 с.
4. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология : практ. рук-во / В. Д. Менделевич. – М. : МЕДпресс, 1999. – 592 с.
5. Пашукова, Т. И. Практикум по общей психологии : учеб. пособие для студентов пед. вузов / Т. И. Пашукова, А. И. Домира, Г. В. Дьяконов. – М. : Инт-практ. психологии, 1996. – 144 с.
6. Психогенные двигательные нарушения / И. В. Дамулин, С. А. Яворская, Е. Н. Трушина, О. Е. Ратбиль // Неврологический журн. – 2007. – № 3. – С. 48–52.
7. Роджерс, К. Клиент-центрированная психотерапия : Теория, современная практика и применение : пер. с англ. / К. Роджерс. – М. : Психотерапия, 2007. – 560 с.
8. Результаты реабилитации пациентов с инсультом в зависимости от латерализации очага поражения мозга / И. П. Ястребцева [и др.] // Вестн. Ивановской медицинской академии. – 2014. – Т. 19, № 2. – С. 33–36.
9. Ясперс, К. Общая психопатология : пер. с нем. / Карл Ясперс. – М. : Практика, 1997. – 105 с.
10. Сравнение результативности традиционных и механизированных методов лечения пациентов с сочетанием речевых и двигательных нарушений при церебральной патологии / И. П. Ястребцева [и др.] // Материалы III Межрегиональной научно-практической конференции врачей Центрального федерального округа с международным участием, посвященной 85-летию Ивановской государственной медицинской академии «Актуальные вопросы профилактики, ранней диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных с неинфекционными заболеваниями и травмами». – Иваново : [б. и.], 2015. – С. 100–101.

## THE PECULIARITIES OF COGNITIVE AND EMOTIONAL EVALUATIVE COMPONENTS OF SELF-CONCEPT IN PERSONS WITH DISORDERS OF MOTION SPHERE FUNCTIONS AT EARLY REHABILITATION PERIOD

I. V. Ovchinnikova, E. V. Pchelintseva

### ABSTRACT

**Objective** – to study cognitive and emotional evaluative components of self-concept, to determine the peculiarities of self-assessment and the attitude to the disease in patients with disorders of motion sphere functions.

**Material and methods.** 40 patients with disorders of motion sphere functions which undergone rehabilitative measures in 2015-2016 were examined. The following diagnostic techniques were used: “Twenty statements self-attitude test” by Kuhn M. and McPartland T., “Person self-estimation research technique” by S.A. Boudassi and “Bekhterev Institute Personal Questionnaire”.

**Results.** There were revealed: average and low levels of self-presentation, the inclination to pathological fixation of attention at one’s person, the disability “to be here and now” in the situation of the disease which resulted in the disorder of motion sphere functions, disability to imagine oneself in the role of wife (husband), girl-friend (boy-friend). The tendency to self-estimation reduction in women was revealed. From 13 known types of the attitude to illness seven ones were detected, anosognosic one (37, 5%) was found more often. The correlations of self-estimation and social deadaptation manifestation were determined. It was demonstrated that anosognosic and ergopathic types of the attitude to the disease did not result in sufficient disorder of adaptation.

**Conclusions.** Cognitive aspect of self-concept in patients which had disorders of motion sphere was characterized by low level of self-presentation, protective mechanisms manifestation, inclination to pathological fixation on the defect, need in social approval. Emotional evaluative aspect of self-concept in these patients was characterized by irregular character of self-estimation, the heightening of satisfaction with oneself due to compensatory decrease of ideal self-estimation, the presence of sense of dissatisfaction with oneself at unconscious level. All revealed peculiarities exerted significant influence on the communicative interaction of respondents with deadaptative types of the attitude to the disease.

**Key words:** cognitive, emotional evaluative aspects of ME-conception, motion sphere functions disorders, self-estimation, type of attitude to the disease.