

РОЛЬ ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИХ И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ В НАРУШЕНИИ АДАПТАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В. С. ТАБАЧНИКОВА

THE ROLE OF CHARACTER AND PERSONALITY PECULIARITIES IN ADAPTATION DISTURBANCE IN DENTAL PATIENTS

V. S. TABACHNIKOVA

Национальная медицинская академия последиplomного образования, Киев, Украина

Показана роль акцентуации характера, дисгармоничных черт характера и личности, маскулинных и фемининных черт стоматологических больных в их дезадаптации. Отмечена необходимость учитывать выявленные закономерности при диагностике, профилактике невротических расстройств, лечения и реабилитации больных.

Ключевые слова: стоматологические больные, акцентуации характера, дисгармоничные черты, дезадаптация.

The role of character accentuation, disharmonic features of the character and personality, masculine and feminine features in dysadaptation of dental patients is shown. The necessity to consider the revealed changes in diagnosis and prevention of neurotic disorders as well as in treatment and rehabilitation of the patients is emphasized.

Key words: dental patients, character accentuation, disharmonic features, dysadaptation.

Особенности характера и личности во многом определяют способность человека к адаптации, в том числе его адаптацию к болезни, к связанным с ней изменениям своего состояния и лечению. Это в полной мере относится и к стоматологическим заболеваниям и, в особенности, — к их лечению. Адаптация к боли и дискомфорту, вызванному нарушением функций зубочелюстного аппарата, к терапевтическим и ортопедическим воздействиям зависит прежде всего от акцентуаций характера как одного из важнейших психологических параметров [1, 2].

Под акцентуациями понимают заострение черт характера, не доходящее до степени патологии, т. е. их можно считать расположенными на границе между характерологической нормой и патологией. От клинически выявляемой патологии акцентуации характера отличаются тем, что они представляют собой не постоянное проявление, а выступают на первый план лишь в тех случаях, когда трудные ситуации предъявляют повышенные требования к реагированию личности. При этом акцентуации не препятствуют социальной адаптации или приводят к временным, преходящим ее нарушениям, а при определенных условиях могут даже способствовать адаптации.

Характерологические черты, в отличие от свойств темперамента, мотивационно опосредованы, закреплены в процессе социализации. Поэтому их проявления связаны не только с целями, мотивами и потребностями человека, но и с требованиями микро- и макросоциума. При этом те

из черт, которые относятся к базисным, способствуют удовлетворению существенных потребностей человека, от них зависит внутренняя гармония, другие — инструментальные черты — должны удовлетворять запросы общества, обуславливая внешнюю гармоничность личности [3].

Личность определяют как устойчивую систему социально значимых черт, характеризующих индивида как члена общества [4]. От характерологических черт качества личности отличаются степенью волевой регуляции поведения, использованием в системе поступков нравственных оснований, мировоззренческих установок и социальных интересов. Если поступки как отражение особенностей характера в определенной степени автоматизированы, то проявления личностных качеств регулируются с помощью волевых актов. Ю. М. Орлов [цит. по 5] даже предложил разделять людей в зависимости от истоков поведения на «людей привычки», поведение которых базируется на характерологических особенностях, и «людей воли», поступки которых определяются личностными качествами.

Поступки человека, соответствующие чертам его характера и привычкам, не требуют от него каких-либо усилий для их выполнения, но если обстоятельства вынуждают к поступкам, не соответствующим этим чертам и привычкам, то для их совершения требуется определенное волевое усилие.

Целью настоящего исследования было выявление роли акцентуаций характера и личностных

черт в нарушении адаптации больных с различными стоматологическими заболеваниями.

Было проведено психодиагностическое обследование 300 больных — 130 мужчин и 170 женщин в возрасте от 18 до 65, у которых были диагностированы кариес, пульпит, периодонтит, заболевание тканей парадонта, воспаление слизистых ротовой полости и имели место невротические реакции на болезнь и лечение. В контрольной группе, куда вошли 50 пациентов, таких реакций не наблюдалось.

Акцентуации характера изучали по методике Леонгарда — Шмишека [6]. Полученные в этом исследовании результаты представлены в табл. 1.

Среди мужчин основной группы, как мы видим, чаще всего отмечались педантический и возбудимый, среди женщин — тревожный и демонстративный типы акцентуации характера; в контрольной группе у тех и других имелась только гипертимная акцентуация, но у большинства обследованных акцентуации не выявлялись.

Основными чертами лиц с педантической акцентуацией характера являются крайняя нерешительность, боязливость, постоянные сомнения, боязнь принять какое-либо решение. Тревога, опасения, беспокойство — их постоянное состояние. Они не любят физического труда, считая себя неловкими и неуклюжими, склонны к самоанализу и ни к чему не обязывающим рассуждениям на общие темы.

Для лиц с возбудимым типом акцентуации характерны вспыльчивость, легко возникающая неудержимая ярость, обидчивость и злопамятность, в то же время они чрезвычайно требовательны к другим. В работе такие лица проявляют тщательность и аккуратность.

Демонстративные личности не выносят равнодушного отношения к себе, стремятся быть

в центре внимания, вызывать восхищение, очень разговорчивы. Считают, что у них есть артистический талант и фантазируют, представляя себе, что достигли положения, вызывающего зависть у окружающих. В дружбе ценят только постоянное внимание к себе и всегда не удовлетворены, не находя, по их мнению достаточного внимания.

Для лиц с тревожной акцентуацией характерны детские страхи, достигающие нередко степени паники (страх темноты, грозы, других детей, животных и т. д.). У взрослых эти страхи нивелируются, но остается робость с элементами покорности, униженности. Временами к робости присоединяется пугливость, которая может иметь чисто рефлекторный характер, но может быть и проявлением внезапного страха.

Людам с застревающим (параноическим) типом акцентуации свойственна патологическая стойкость аффекта. Если в норме аффект, как известно, через некоторое время проходит, то у застревающих личностей он держится очень долго, особенно если задеты их самолюбие или личные интересы. Такие люди злопамятны и мстительны.

Основная черта лиц с эмотивным типом акцентуации — чувствительность, впечатлительность, особенно в области тонких эмоций (впечатления от красоты природы, произведений искусства). Душевные потрясения оказывают на таких людей болезненно глубокое воздействие, могут вызвать реактивную депрессию и даже привести к попыткам самоубийства. Эмотивная личность воспринимает любое жизненное событие серьезнее, чем другие люди.

Лица с дистимической акцентуацией характера — врожденные пессимисты. У них всегда пониженное настроение, они во всем видят лишь мрачные стороны, постоянно ждут неприятностей, нередко испытывают необоснованное чувство вины. Для них характерны также пассивность в действиях и замедленное мышление.

Таблица 1

Акцентуации характера обследованных больных

Тип акцентуации	Группы обследованных			
	основная, $n = 300$		контрольная, $n = 50$	
	мужчины, $n = 130$	женщины, $n = 170$	мужчины, $n = 25$	женщины, $n = 25$
Педантический	32±3	7±3	—	—
Возбудимый	24±3	5±3	—	—
Демонстративный	13±3	22±3	—	—
Тревожный	11±3	27±3	—	—
Застревающий	9±3	4±3	—	—
Эмотивный	6±3	19±3	—	—
Дистимический	5±3	9±3	—	—
Аффективно-экзальтированный	1±3	8±3	—	—
Гипертимный	—	—	48±10	32±10
Явные акцентуации не выявлены	—	—	52±10	68±10

Примечание. Данные в %. То же в табл. 2, 3

Аффективно-экзальтированные люди бурно реагируют на любое событие. Они одинаково легко приходят в восторг от радостных и в отчаяние от печальных событий, при этом подвержены резким колебаниям настроения. Способны испытывать очень сильные чувства.

Люди с гипертимной акцентуацией характера приветливы, открыты, добры, разговорчивы, имеют много друзей. Они охотно помогают людям, но далеко не всегда сдерживают свои обещания. Не выносят кропотливой работы, требующей усидчивости и терпения, необязательны. В то же время они часто считают себя выше других, не любят, когда им противоречат. Легко относятся к житейским невзгодам и к деньгам.

Отсутствие акцентуаций характера у большинства обследованных контрольной группы в значительной мере объясняет тот факт, что у них не развились адаптационные расстройства в связи с болезнью и лечением.

Проведенный нами сравнительный анализ данных, полученных при изучении акцентуаций характера у мужчин и женщин, показал, что у мужчин достоверно чаще, чем у женщин, встречались педантический и возбудимый типы акцентуаций ($p < 0,01$) и незначительно (статистически не достоверно, $p > 0,05$) чаще — застревающий тип. У женщин чаще ($p < 0,01$) отмечались тревожный, демонстративный, эмотивный типы акцентуаций и несколько чаще ($p > 0,01$), чем у мужчин — дистимический и экзальтированный типы.

Наряду с акцентуациями характера дезадаптации способствуют и дисгармоничные его черты. Известно, что главными чертами гармоничного характера являются адаптивность, обеспечивающая отсутствие межличностного конфликта, и самоактуализация, препятствующая возникновению внутриличностного конфликта. Дисгармоничный характер условно можно представить состоящим из двух групп психологических черт — нарушающих адаптивность и нарушающих самоактуализацию [4].

Адаптивность предполагает реализм в восприятии окружающей действительности, желание и умение адаптироваться к окружающей обстановке и к окружающим людям — принимать их такими, каковы они есть. Самоактуализация также включает принятие, но не мира и людей, а «принятие себя» на основе реальной оценки своих качеств, возможностей и способностей. Прежде всего это требует реальной и гибкой самооценки. Завышенная или заниженная самооценка, неумение вносить в нее изменения в соответствии со своими действиями отражают дисгармоничный характер. С самооценкой тесно связан уровень притязаний человека, который включает две противоположные тенденции: поддержание своей самооценки на максимально высоком уровне и в то же время умение соизмерять свои притязания с возможностью их реального осуществления. Реализм базируется на здоровом смысле, в основе которого лежит адекватное восприятие и понимание смысла поступков окружающих.

Для дисгармоничного характера, в отличие от здорового смысла, который представляет собой реалистическое восприятие действительности, типичен феномен каузальной атрибуции, проявляющийся несоответствующим реальности пониманием

и объяснением мотивов поступков окружающих. Характерны также нежелание человека приспособиться к окружающим, иметь с ними бесконфликтные, продуктивные отношения и отсутствие необходимых для коммуникации качеств характера либо неспособность компенсировать неадекватные. Не менее важным качеством самоактуализации является автономность, т. е. самостоятельность в принятии решений и оценке ситуаций, а также независимость от собственных ожиданий, желаний и потребностей. При этом гармоничная личность обладает способностью к адекватному контролю за ситуациями, суть которого заключается в умении различать и изменять ситуации, которые поддаются изменению, и принимать такими, какие они есть, ситуации, которые изменить невозможно.

Совокупность перечисленных качеств определяет важнейшую характеристику гармоничного характера — зрелость личности. Зрелость подразумевает сочетание идеальных устремлений с готовностью выполнять конкретные задачи, она включает умение человека различать идеальные и реальные цели. Противоположностью зрелости является инфантилизм — незрелость, «детскость». Соответственно инфантильными свойствами являются несамостоятельность, нездравомыслие и т. п. Дисгармоничные черты характера могут приводить к развитию внутриличностного или межличностного конфликта.

Результаты изучения характерологических черт наших пациентов представлены в табл. 2.

Таблица 2

Дисгармоничные черты характера больных основной группы

Черты характера	Мужчины, $n = 130$	Женщины, $n = 170$
<i>Черты, нарушающие адаптацию</i>		
Эгоцентризм	37±3	22±3
Нереализм восприятия окружающей действительности	80±3	75±3
Нежелание адаптироваться		
к окружающей обстановке	97±3	89±3
к окружающим	83±3	94±3
<i>Черты, нарушающие самоактуализацию</i>		
Незрелость	53±3	65±3
Нездравомыслие	77±3	84±3
Ригидность	80±3	53±3
Использование каузальной атрибуции	47±3	44±3
Нереализм самооценки	92±3	86±3
Неадекватный уровень притязаний	64±3	72±3
Несамостоятельность	38±3	45±3
Зависимость	40±3	54±3
Центрация на несущественных параметрах	33±3	48±3
Крайние варианты отношения к себе (самоуничжение, самовосхваление)	39±3	27±3

Как мы видим, такие дезадаптивные черты, как нереализм восприятия действительности и нежелание адаптироваться к ней и к окружающим, отмечались у подавляющего большинства обследованных. Из черт нарушенной самоактуализации чаще всего у наших пациентов наблюдались нереализм самооценки, ригидность и нездравомыслие. Незрелость личности, неадекватный уровень притязаний и зависимость, а также центрация на несущественных параметрах чаще отмечались у женщин, тогда как ригидность и нереализм самооценки чаще встречались у мужчин.

Черты личности также могут быть гармоничными и дисгармоничными. Гармоничная личность характеризуется такими качествами, как ответственность за собственную судьбу и совершаемые поступки: самостоятельность в принятии решений; руководство нравственными законами; волевая регуляция поведения, основанная на социальных потребностях [3].

Дисгармоничные черты личности, выявленные у наших пациентов, показаны в табл. 3.

Из данных таблицы видно, что у мужчин чаще всего встречались такие личностные качества, как трусливость, пессимизм, недостаточная осознанность жизненной позиции и ответственность за нее, отсутствие утверждения жизненной позиции своими поступками и делами. У женщин чаще других черт отмечались эгоизм и трусливость.

Таблица 3

Дисгармоничные черты личности больных основной группы

Личностные черты	Мужчины, <i>n</i> = 130	Женщины, <i>n</i> = 170
Злобность	26±3	15±3
Непорядочность	13±3	6±3
Эгоизм	37±3	69±3
Ненависть	11±3	5±3
Черствость	16±3	11±3
Неверность	21±3	9±3
Трусливость	63±3	76±3
Пессимизм	56±3	35±3
Бесстыдство	13±3	5±3
Бессовестность	11±3	14±3
Алчность	17±3	9±3
Лживость	16±3	14±3
Отсутствие определенной жизненной позиции, определяемой нравственными приоритетами	36±3	19±3
Недостаточная осознанность жизненной позиции и ответственность за нее	52±3	23±3
Отсутствие утверждения жизненной позиции своими поступками и делами	58±3	19±3

В контрольной группе у больных преобладали такие черты личности, как обязательность, организованность, вежливость, доверчивость, уверенность в себе, старательность, надежность, точность, терпеливость, прямота, которые способствовали их адаптации, в том числе к своему заболеванию и получаемому лечению.

Говоря о качествах личности, нельзя не остановиться на так называемых антиципационных способностях личности. Под ними понимают способность предвосхищать ход событий, прогнозировать вероятные исходы своих действий и планировать их, чтобы избежать нежелательных последствий, а также с целью адаптации к окружению [4].

Антиципационный паттерн поведения особенно важен в отношении к здоровью: от него зависит формирование у человека патогенного или саногенного мышления. Саногенное мышление способствует уменьшению внутриличностного конфликта или не допускает его возникновения, снижает напряженность, позволяет человеку контролировать свои эмоции, потребности и желания и соответственно предотвращать психогенные заболевания, в частности, невротические и психосоматические расстройства. Патогенное мышление, напротив, исходит из привычных автоматизмов и традиций.

Антиципационный паттерн поведения представляет собой сформированный в процессе социализации шаблон вероятностного прогнозирования и антиципации, в соответствии с которым человек избегает прогнозирования событий, впоследствии становящихся психотравмирующими. В большинстве случаев он исключает из прогноза нежелательные события, ограничивая тем самым подготовку к восприятию и переработке невротизирующего конфликта. Саногенные антиципационные паттерны формируются в процессе семейного воспитания в виде стереотипов поведения, взаимоотношений с людьми, сохранения эмоциональной стабильности. Одним из них является убежденность в необходимости для психического здоровья прогнозирования лишь желаемых исходов жизненных ситуаций и блокирование размышлений о нежелательных.

Среди обследованных нами пациентов основной группы мы ни у кого не обнаружили саногенных антиципационных паттернов поведения.

В дезадаптированности стоматологических больных играют роль и имеющиеся у них маскулинные или фемининные черты. Для изучения особенностей проявления этих черт в поведении наших пациентов мы использовали полоролевою ACL шкалу А. В. Neilbrun [цит. по 6], включающую две субшкалы — маскулинности и фемининности на социогенном уровне (уровне Я-концепции). Маскулинность при этом характеризуется как инструментальность (деловитость, целеустремленность, напористость, агрессивность, склонность к соперничеству, недостаточная межличностная чувствительность), фемининность —

**Выраженность маскулинной (М) и фемининной (Ф) Я-концепции
у обследованных мужчин (в баллах)**

Тип акцентуации характера	Мужчины				Женщины			
	М		Ф		М		Ф	
	X	S	X	S	X	S	X	S
Демонстративный	77,5	0,55	90,1	0,89	83,4	1,10	93,5	1,09
Педантический	70,8	0,36	81,4	0,85	78,6	0,73	83,2	1,45
Застревающий	74,3	0,74	82,6	1,20	73,8	1,14	89,1	1,17
Возбудимый	78,5	0,65	85,3	1,22	79,5	0,92	91,3	0,47
Дистимический	71,3	0,73	94,3	0,95	70,7	1,30	86,4	0,95
Тревожный	70,1	0,45	94,5	1,21	72,4	1,16	92,5	0,87
Эмотивный	72,5	0,72	93,7	0,88	71,2	1,07	95,6	0,94
Аффективно-экзальтированный	74,5	0,87	89,5	0,65	75,7	0,75	90,8	0,54

как экспрессивность (эмоциональность, межличностная чувствительность и коммуникативная компетентность).

Данные, полученные нами при обследовании мужчин, представлены в табл. 4 в зависимости от имеющихся у них акцентуаций характера. Из них следует, что самые высокие показатели маскулинности (гипермаскулинность) отмечались у мужчин с возбудимой и демонстративной акцентуацией, а самые низкие — у мужчин с тревожной, педантической, дистимической и эмотивной акцентуацией, они были достоверно ниже, чем у мужчин с возбудимой, демонстративной и экзальтированной акцентуацией ($p < 0,01$). Гипермаскулинность проявлялась у наших обследованных в агрессивности, упрямстве, низкой межличностной чувствительности, наличии элементов жестокости в поведении, стремлении к властвованию, доминированию, что, бесспорно, не способствовало адаптации больных.

Наиболее высокие показатели фемининности отмечались у мужчин с тревожной, дистимической и эмотивной акцентуацией, а самые низкие — у больных с педантической и застревающей акцентуацией. Фемининные мужчины отличались зависимостью, эмоциональностью, чувствительностью, сентиментальностью, тревожностью.

У женщин основной группы самые высокие показатели маскулинности отмечались при демонстративной, возбудимой и педантической акцентуации характера, а самые низкие — при дистимической, эмотивной, тревожной и застревающей

акцентуации — достоверно ниже, чем у женщин с демонстративной и возбудимой акцентуацией ($p < 0,01$). Маскулинность женщин с педантической акцентуацией ниже, чем женщин с возбудимой ($p < 0,05$) и демонстративной ($p < 0,05$) акцентуацией.

Маскулинность женщин, как и гипермаскулинность мужчин, проявлялась в агрессивности, настойчивости, малой чувствительности к переживаниям других людей и т. п. У женщин с тревожной, застревающей, эмотивной, дистимической и аффективно-экзальтированной акцентуацией отмечалась гиперфемининность. И те, и другие черты не способствовали адаптации женщин.

У мужчин и женщин контрольной группы показатели и маскулинности, и фемининности приближались к средним показателям и соответствовали нормативным, что играло положительную роль в адаптации этих больных, в частности к имеющемуся у них заболеванию и его лечению.

Таким образом, результаты проведенного исследования убедительно свидетельствуют о большом, а нередко и основополагающем значении акцентуаций характера, дисгармоничных черт характера и личности, а также ненормативных маскулинных и фемининных черт в нарушении адаптации больных стоматологическими заболеваниями. Это необходимо учитывать при диагностике, профилактике невротических реакций, лечении и реабилитации больных.

Литература

1. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков.— Л.: Медицина, 1977.— 208 с.
2. Leonhard K. Akzentuierte Persönlichkeiten.— Berlin: Volk und Gesundheit, 1976.— 328 s.
3. Петровский А. В. Личность. Деятельность. Коллектив.— М.: Политиздат, 1982.— 254 с.

4. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология.— М.: Медпресс, 1998.— 587 с.
5. Тукаев Р. Д. Психотерапия: структуры и механизмы.— СПб.: Мед. информ. агентство, 2003.— 296 с.
6. Елисеев О. П. Практикум по психологии личности. Изд. 2-е.— М., СПб., Н. Новгород и др.: Питер, 2005.— 509 с.

Поступила 07.08.2006