

УДК 159.9:61+616.89

МНОГОФАКТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЧЕРТ ЛИЧНОСТИ И ТИПОВ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ, БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ И С ПЕРЕЛОМАМИ, В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ПО ИЛИЗАРОВУ

Хвостова С.А.

*Курганский государственный университет,
кафедра психологии развития и возрастной психологии*

Подробная информация об авторах размещена на сайте
«Учёные России» - <http://www.famous-scientists.ru>

В процессе лечения по Г.А.Илизарову 480 больных остеопорозом и с переломами в возрасте 60-75 лет изучали особенности характера и типы его акцентуаций по тестам Кэттелла и Шмишека. Во время лечения обнаружено выраженное состояние эмоциональной нестабильности. Накануне завершения лечения выявлена тенденция к сглаживанию обостренных черт личности. После окончания лечения отмечено снятие эмоциональной напряженности и существенное улучшение психологического статуса. Потребность в самоутверждении являлась причиной гиперответственности и дружелюбия.

Возможности метода Илизарова по лечению больных с переломами, как симптомами остеопороза, создали реальную основу не только для биомеханической, но и социальной реабилитации больных остеопорозом. В процессе ее требуется тщательное изучение психологического состояния пациента для предупреждения эмоциональной дезадаптации и при необходимости – коррекции изменений, так как, оценивая функциональное состояние организма в процессе лечения больных, большинство врачей сосредоточивает внимание на определении физиологических параметров, забывая, что под функциональным состоянием понимают комплекс процессов, в том числе и психологических. Любое изменение физиологических параметров всегда зависит от психологических сдвигов [1, 5]. Так, на уровень физиологических реакций отражается темперамент, состояние тревожности, ригидности и фрустрированности. Повышенный уровень тревожности может ускорять появление эмоциональной напряженности. В принципе любое увеличение значений психологических параметров отражается на поведении человека и сопровождается изменениями в органах и системах.

При использовании психологических тестов большую ценность может представлять выявление симптомов стресса - депрессии, заторможенности и фрустрации, которые могут ослаблять репаративный процесс после переломов [6, 4].

В задачу нашего исследования входило изучение изменений психологического статуса больных остеопорозом в процессе лечения переломов.

Материал и методы

Наблюдения проведены 480 больных остеопорозом и с переломами в возрасте 60-75 лет. Через 3, 6 и 12 месяцев после завершения лечения анкеты для тестирования направляли по месту жительства. Контрольные данные получены у 146 сверстников, не имевших переломов.

Оценку психологического состояния больных проводили по тестам Кэттелла и Шмишека. Был создан вариант опросника применительно к задачам ортопедо-травматологической клиники. Он включал следующие шкалы: 1) психоэмоциональное состояние (тревожность, тоска, депрессия и т.д.) при поступлении; 2) ожидаемый результат лечения; 3) характер лечения; 4) результаты обследования в процессе лечения; 5) удовлетворенность лечением. Пациенты сообщали сведения об

уходе за ними, оценку вида своих конечностей, поведение в случае осложнений, психологическом состоянии и качеством жизни в отдаленный период, а также о характере болевых ощущений. Мы просили больных прикладывать к анкетам письмо с самооценкой результатов лечения.

В качестве инструмента вычислений использован пакет статистического анализа и встроенные формулы расчетов данных компьютерной программы Microsoft® Excel (2007).

Результаты исследований

Многофакторное исследование черт личности. Методика для этого разработана Р. Кэттеллом. Вопросы отражают особенности проявления характера данного человека в различных ситуациях. Мы указывали больным, что не нужно стремиться к тому, чтобы ответы производили благоприятное впечатление. Просили не раздумывать, а записывать то, что пришло в голову. За минуту следовало ответить на три вопроса и завершить все ответы за 35 минут. По ним определяли 16 факторов о конституционных чертах личности.

Состояние больных при поступлении в клинику с переломом. Эта категория людей выделялась скептичностью и неконформностью. Больным была присуща робость, замкнутость, необщительность в связи с недоверчивостью и критичностью. Отмечена переменчивость настроения и подверженность чувствам, способность к подчинению, а в некоторых случаях существенная зависимость от мнения окружающих (рис. 1). Отмечалась зависимость от случая и обстоятельств, что говорит о беспринципности и неорганизованности. Люди нуждались в поддержке окружающих, стремились принимать решения, ориентируясь на мнение других, не проявляя при этом инициативы и самостоятельности.

Состояние во время лечения. Преобладающей тенденцией в поведении являлось стремление к манипуляциям окружающими людьми, особенно в моменты эмоциональной неустойчивости и слабости. Выражено стремление не вступать в споры в проблематичных ситуациях, уклоняться от ответственности и уступать в спорах. При этом выражены невротиче-

ские симптомы, ипохондрия, эмоция страха, чувствительность к реакциям со стороны окружающих и неуверенность в себе. В этот период больные очень часто нуждались в поддержке психолога в связи с фрустрацией, высокой возбудимостью и раздражительностью при выраженной утомляемости.

Состояние перед снятием аппарата. Больные размышляли о будущем этапе жизни, были поглощены этими идеями. Увеличивались уровень общительности, отзывчивости, уверенность в социальном плане. Сглаживались невротические проявления и уровень тревожности.

Через 3 месяца после завершения лечения. Сохранялась отчетливая тенденция к увеличению общительности. Типичен повышенный уровень активности и предприимчивости. Появлялось стремление быть необходимым людям, терпимость, благожелательность по отношению к другим.

Через 6 месяцев после окончания лечения. Сохранялся повышенный уровень активности. Продолжало расти чувство быть необходимым, благожелательности и терпимого отношения к некоторым недостаткам окружающих людей.

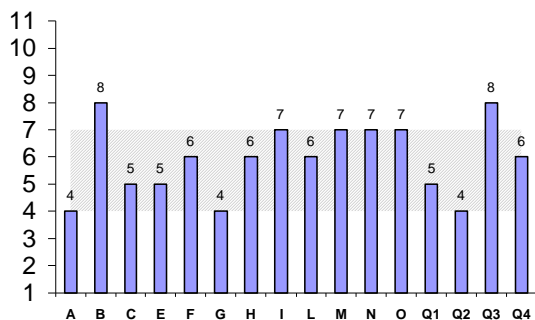
Через год после лечения. Возрастала эмоциональная чувствительность, появлялось стремление к покровительству и вместе с тем такие люди сами искали помощи и симпатии. Мечтали о благоприятном будущем в том числе и при беседах. Действовали по интуиции. Существенно увеличивалось стремление к манипулированию другими, при этом использовалась хитрость, эстетическая изощренность и расчетливость. Повышалось самолюбие и самомнение.

Типы акцентуаций черт личности. Опросник Х.Шмишека создан на основе концепции К.Леонгардта об "акцентуированных личностях", который считал, что при преувеличенном развитии (акценте) черты становятся акцентуациями характера, а личности - "акцентуированными". Любая акцентуация характера не является сама по себе ни достоинством, ни недостатком. Они встречаются у 80% здоровых людей и могут быть заметны лишь близ-

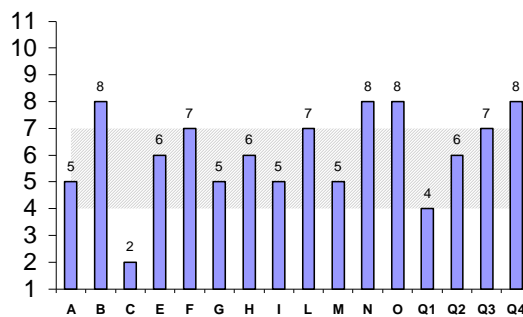
ким. Проявляются непостоянно и могут сглаживаться.

У больных остеопорозом при сочетании основных черт с приобретенными в

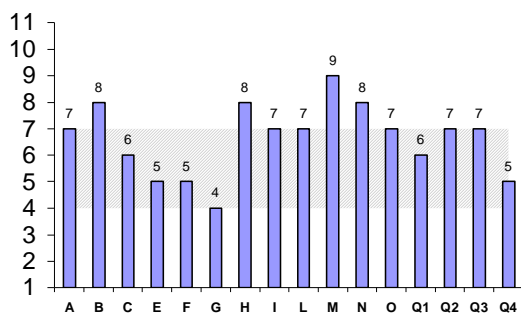
течение жизни наблюдалось ухудшение взаимоотношений с окружающими в силу изменения личности. Внешние факторы модифицировали развитие характера [2].



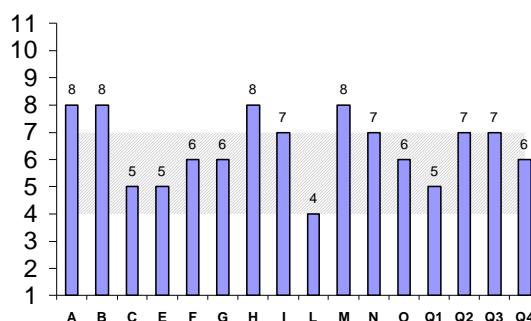
При поступлении с переломом



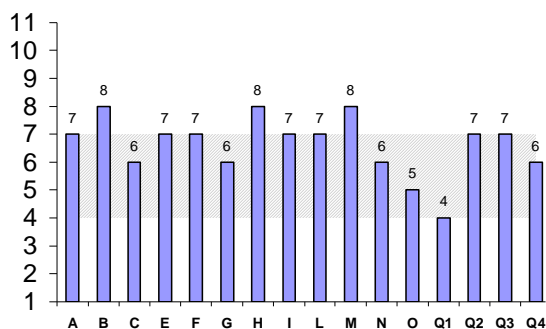
Во время лечения



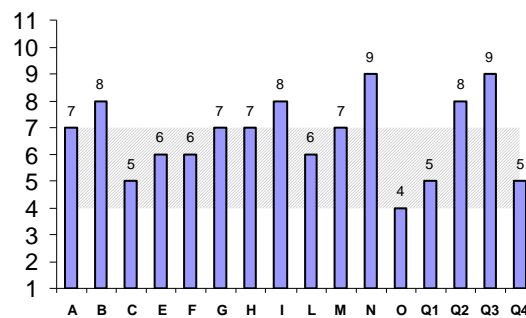
Перед снятием аппарата



После снятия аппарата 3 месяца



После снятия аппарата 6 месяцев



После снятия аппарата 1 год

Рис. 1. Факторы Кэттелла (баллы), характеризующие кратковременные изменения в психологии личности и появление новых черт личности у пожилых и старых людей с переломами в процессе лечения по Илизарову

Примечание: заштрихован предел колебаний в норме. Цифры над столбиками – среднеарифметические величины.

Х.Шмишек выделил 10 видов четко выраженных акцентуаций, каждая из которых предопределяет избирательную устойчивость человека к одним невзгодам при повышенной чувствительности к другим. В итоге могут возникать частые одно-

типные конфликты с определенными нервными сдвигами. В неблагоприятных условиях акцентуированная личность реагирует неадекватно - повышается общее эмоциональное напряжение и человек становится уязвимым в ссорах.

В соответствии с выделенными К.Леонгардтом 10 типами акцентуаций личности они разделены на акцентуации характера (демонстративный, застревающий, педантичный, возбудимый типы) и темперамента (гипертимический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимический, эмотивный, аффективный).

Среди пожилых и старых людей чаще встречались следующие акцентуации с их характерными чертами (табл. 1): 1) застревающий (умеренная общительность, неразговорчивость, настроенность, не-

доверчивость, чувствительность к обидам и огорчениям; больные уязвимы, подозрительны, с трудом отходят от обид, заносчивы, самонадеянны); 2) эмотивный - эмоциональный (характерна чувствительность, тревожность, боязливость, гуманность, отзывчивость, впечатлительность и слезливость; редко вступают в конфликты. Таким личностям свойственно чувство долга и исполнительность); 3) педантичный тип (инертность психических процессов, редко вступали в конфликты, пунктуальные, аккуратные, брюзжат, формалисты).

Таблица 1. Изменение яркости акцентуаций характера (баллы) у больных остеопорозом и с переломами в процессе лечения ($M \pm m$)

Тип акцентуации	n	При поступлении	Во время лечения	Перед снятием	После завершения лечения (месяцы)		
					3	6	12
Норма - 15,1±0,3							
Демонстративный	-	-	-	-	-	-	-
Застревающий	65	19*±0,2	22*±0,4	20*±0,3	19*±0,	17±0,1	16±0,2
Педантичный	50	18*±0,3	23*±0,3	22*±0,1	21*±0,	20*±0,	14±0,2
Возбудимый	25	20*±0,1	22*±0,4	21*±0,3	19*±0,	18±0,3	17±0,1
Дистимический	26	20*±0,1	23*±0,4	22*±0,3	20*±0,	19*±0,	17±0,2
Тревожный	24	20*±0,3	22*±0,2	21*±0,1	19*±0,	18±0,3	15±0,3
Циклотимический	24	18*±0,2	23*±0,3	22*±0,1	20*±0,	17±0,2	15±0,1
Эмотивный	54	21*±0,3	25*±0,3	23*±0,2	21*±0,	20*±0,	16±0,2

Примечание: знаком «*» обозначены величины, статистически достоверно ($p < 0,05$) отличающиеся от контроля

В два раза реже встречались: 4) возбудимый тип (недостаточная управляемость собой, повышенная импульсивность, угрюмость, гневливость, склонность к брани, к трениям и конфликтам, которые сами провоцировали; раздражительность, вспыльчивость, неуживчивость среди больных; низкая контактность в общении; для общения выбирали наиболее слабых); 5) дистимический (люди отличались серьезностью, подавленностью настроения, медлительностью и слабой волей; характерна заниженная самооценка, низкая контактность, немногословность и молчаливость; люди - домоседы, индивидуалисты, ведут замкнутый образ жизни, часто угрюмы и заторможены; у них замедленное мышление; добросовестны с обостренным

чувством справедливости); 6) тревожно-боязливый (низкая контактность, робость, неуверенность в себе); 7) циклотимический (частые смены настроения, зависимость от внешних событий).

Во время лечения акцентуации усиливались. Накануне снятия аппарата отмечена тенденция к их ослаблению, но наиболее заметно снижение их яркости через год после снятия аппарата.

Яркость акцентуаций кратковременно изменялась при наличии осложнений и тугоподвижности суставов.

Обсуждение результатов

На основании проведенных исследований установлено, что для пожилых и старых людей, больных остеопорозом и с переломами характерны: ранимость, тре-

вожность, депрессивность, значимость социальных контактов. Выявлена высокая степень выраженности авторитарности, деспотичности, чувство одиночества, а для ответственного типа межличностных отношений была типична экстремальная степень. Потребность в самоутверждении являлась причиной гиперответственности и высокой степени дружелюбия.

Выраженность в характере таких психологических черт, как деспотия, а также взаимоисключающих факторов (конфликтность, с одной стороны, и готовность к сотрудничеству, с другой) являлись своеобразной защитной реакцией и отражали высокое внутреннее напряжение нервных процессов.

При поступлении в клинику в связи с переломом все из опрошенных переживали состояние эмоциональной нестабильности. Они указали, что временами испытывают тревожность, тоску и уход "в себя". Мы констатировали двигательное беспокойство, суетливость, нетерпеливость, раздражительность и несдержанность.

Все это говорит о заниженности субъективной оценки своих возможностей. Заболевание (остеопороз) формирует, таким образом, весьма устойчивые депрессивные тенденции, гиперактуализацию переживаний. Психическая напряженность накануне операции и в процессе лечения, отмеченная всеми больными, являлась следствием стресс-реакции с ее характерными компонентами - дисфункцией эндокринных желез и сдвигами гомеостаза на всех уровнях [3,4]. Депрессия являлась общей реакцией организма на длительное воздействие хронического стресса [5].

Клинически после операции для психологического состояния больных были характерны повышенная раздражительность, эмоциональная неустойчивость, нарушения сна, лабильность, пониженное настроение, повышенная утомляемость, сниженная работоспособность. Была свойственна фрустрация (сочетание подавленного настроения с напряжением и тревогой). Тревожность приводила к появлению ипохондрии и депрессии. Отчетливо выражена гиперактуализация переживаний,

связанных с лечебным процессом. Типична низкая самооценка. Больным на этом этапе свойственно чувство одиночества.

В процессе лечения переломов происходило улучшение качества жизни и психологического статуса. Отмечено снятие эмоциональной напряженности.

В ответ на действие стресс-факторов изменялись личностные характеристики поведения с целью направить усилия против стресса и поддержать устойчивость к нему. В итоге динамика психологического состояния после проведенного лечения была положительной.

Исходя из полученных результатов открывается перспектива выяснения единства психологических и физиологических компонентов адаптационного синдрома, способствующих сохранению гомеостаза и возможности оценки влияния по психологическим параметрам на активность репаративного процесса и социальной реабилитации больных. Психологические тесты неинвазивны, необременительны для больных. Стоимость таких исследований невысокая.

Оценка выраженности эмоциональных расстройств, выделение ведущих функциональных нарушений психологического статуса больных остеопорозом и с переломами до и после лечебного процесса представляет большой практический интерес.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абрамова Г.С. Введение в практическую психологию. - М.: Наука. 1994. - 286 с.
2. Кречмер Э. Медицинская психология СПб.: Союз, 1998. 464 с.
3. Маньков Ю.У. // Физиология человека. 1990. Т. 16. № 2. С. 98.
4. Медведев В.И. // Физиология человека. 1998. т. 24. № 4. С. 9.
5. Судаков К.В. // Бюлл. экспер. биол. и мед. 1997. № 2. С. 124.
6. Хвостова С.А. // Материалы Междун. науч-практ. конф. по остеопорозу. Евпатория, 1999. С. 200.
7. Хвостова С.А. // Тез. докл. 4-го Сибирского физиол. съезда, Новосибирск, 2002. С.186.

MULTI-FACTOR STUDY OF PERSONALITY FEATURES IN ELDERLY AND OLD PEOPLE SUFFERING FROM OSTEOPOROSIS AND FRACTURES IN PROCESS OF TREATMENT ACCORDING TO ILIZAROV

Khvostova S.A.

Kurgan state university, chair of maturity and age psychology

At admittance to the hospital of 480 elderly and old people aged 60-75, with osteoporosis and fractures there was a high level of anxiety, there were some signs of desadaptation, manifestations of frustration and depression, evident emotions like sadness, distress and mazement. Features of character and types of its accentuations were studied by Cattell and Shmishek tests during treatment according Ilizarov. A tendency towards smoothing hightened personal features over was found in the period past treatment. In this times need for selfconfirmation was a cause of high responsibility and friendliness. Release of emotional strain was noted as well as significant improvement of psychological status and quality of life. In general the dynamics of psychological status was positive after treatment.