

УДК 159.9:61+616.89

## СОСТОЯНИЕ СИТУАЦИОННОЙ ТРЕВОЖНОСТИ, СТИЛЬ ВЫХОДА ИЗ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ И ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ, БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ, О СЕБЕ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ

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>

**Состояние ситуационной тревожности, стиль поведения и представление о себе изучали по тестам Спилбергера, К. Томаса и В. Стефенсона. Впервые дни после травмы тревожность была высокой, менялось содержание элементов тревожного ряда - преобладало ощущение собственно тревоги и внутренней напряженности. Отмечены элементы нерешительности, уклончивости и астеничности. В конце лечения тревожность была умеренной. После снятия аппарата Илизарова - низкой. Для стиля поведения больных в процессе лечения были типичными компромисс, избегание трудных ситуаций и приспособление к окружающим.**

В связи с тем, что население повсеместно стареет, растет число случаев остеопороза и его симптома – переломов. Они создают стрессовую ситуацию на протяжении нескольких месяцев, так как больные отмечают болевой синдром и напряжение мышц, а иногда и психосоматические реакции - повышение АД, изменения функций желудочно-кишечного тракта и мочевыводящей системы. Изменение психологических реакций после травм приводило к подключению механизмов адаптации к необычным условиям [4]. Эти механизмы регулируются и под влиянием личностных мотивов – иногда необходимостью сохранения профессиональной пригодности, работы на даче, воспитании внуков. Важна субъективная оценка трудностей лечения переломов и достигнутого конечного результата [3]. В условиях лечения они проявляются в характерных способах восприятия, переживаний, в том числе и приспособительного поведения [1].

В задачу исследования входило изучение ситуационной тревожности у пожилых и старых людей с переломами, стиля поведения при общении больных с персо-

налом и представления о себе в процессе лечения.

### **Материал и методы**

Под наблюдением находились 480 людей возрасте 60-75 лет, больных остеопорозом и с переломами. Наиболее эффективным методом реабилитации являлся чрескостный остеосинтез по Г.А.Илизарову, так как он обеспечивал подвижность больных с первых же дней после перелома.

Для характеристики ситуационной тревожности использовали методику С.Спилбергера, стиль поведения оценивали по К.Томасу, мнение больных о себе и окружающих устанавливали по тесту В.Стефенсона под названием "Q-сортировка".

Больные отвечали на анкету, созданную применительно к задачам ортопедо-травматологической клиники [Хвостова, Попков, Свешников, 2000]. Она имела следующие шкалы: 1) психоэмоциональное состояние (тревожность, тоска, депрессия и т.д.) в процессе реабилитации; 2) отношение к лечению; 3) ожидаемый результат; 4) удовлетворенность лечением. Пациенты сообщали также сведения о характере болевых ощущений, от-

ношении к приему обезболивающих, уходе за ними в стационаре, оценку вида своих конечностей, отмечали свое поведение в случае осложнений. Характеризовали психологическое состояние в конце лечения и новое качество своей жизни после окончания лечения.

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

#### Результаты исследований

При поступлении с переломом в клинику предстоящее лечение становилось основным о чем думали больные, преобладающим в переживаниях. Особенно существенными были слова "операция", "аппарат", "фиксация", "костная мозоль", эффективными словесными раздражителями: "нормальная или ослабленная регенерация", "перемонтаж аппарата", "удаление спиц".

Врачи чаще всего сталкивались с ситуационной (временной, реактивной) тревожностью, возникавшей до лечения и при возникновении осложнений. Тревога возникала как эмоциональная реакция на стресс (травма), была разной по интенсивности и продолжительности.

До наложения аппарата Илизарова состоянию больных обычно была присуща умеренная выраженность личностной тревожности и высокий уровень ситуационной (табл. 1). Ситуационная тревога включала все элементы от ощущения внутренней напряженности до тревожно-боязливое возбуждения. Характерно беспокойство за ход регенерации, неуверенность в возможностях своего организма, снижение претензий и побуждающих к действию мотивов в структуре личности. Менялось содержание элементов тревожного ряда - преобладало ощущение собственно тревоги и внутренней напряженности. В большей степени тревожность снижалась и становилась умеренной в конце лечения (табл. 1). Была характерна оптимистическая оценка лечения. В течение трех месяцев после снятия аппарата существенных изменений не произошло. По-прежнему отчетливо выражено чувство удовлетворенности лечением, уверенность в себе, двигательная активность при легкой утомляемости.

При наличии осложнений отмечали депрессивные тенденции в сочетании с раздражительностью, ощущением утомляемости и апатии.

**Таблица 1.** Состояние ситуационной тревожности (баллы) в процессе реабилитации больных остеопорозом с переломами ( $M \pm m$ ,  $n_1$  и  $n_2 = 120$ )

Тревожность	Степень тревожности	У здоровых	После перелома	7-й день лечения	30-й день лечения	Месяцы после лечения	
						3	6
Ситуационная	Высокая	-	49,4*±3,1	50,3*±3,6	-	-	-
	Умеренная	33,8±3,2	-	-	37,8±3,2	36±2,9	-
	Низкая	-	-	-	-	-	28±1,9

Примечание: здесь, а также в табл. 2 и 3, знаком «\*», обозначены величины, статистически достоверно отличающиеся от данных у здоровых людей.

*Исследование стиля поведения, личностной предрасположенности к конфликтному поведению и путей выхода из него. Цель исследования – определить, какие формы поведения в конфликтной си-*

*туации характерны для данного больного, как стимулировать его продуктивное поведение. Тип реакции в процессе взаимодействия с больными и персоналом основывается по К.Томасу на двух стилях по-*

ведения: кооперации, связанной со степенью внимания к интересам других больных и напористости в защите собственных интересов.

Наиболее частыми формами выхода из трудных ситуаций, которые использовали больные в процессе лечения, были компромисс, избегание (уход от сложных ситуаций) и приспособление к окружающим больным (табл. 2). Приспособление чаще использовалось до наложения аппарата, когда требовалось взаимно удовлетворяющее решение. При компромиссе ситуация разрешалась путем взаимных уступок, принималось решение, устраивающее обе стороны. От такого исхода никто ничего не терял. При избегании

больные старались не спорить, не вступать в дискуссию, не придавали значения разногласиям, считая, что спорить не из-за чего. Такой способ был особенно необходим в процессе лечения. В конце его число случаев приспособления уменьшалось.

Соревнование и сотрудничество в процессе взаимодействия больных с окружающими встречались намного реже. Только через 3 месяца после окончания лечения их число возросло. При соревновании разрешение конфликта происходило за счет одного из пожилых и старых людей в ущерб другим. В условиях сотрудничества удовлетворение интересов обеих сторон.

**Таблица 2.** Частота (баллы) использования больными остеопорозом и с переломами наиболее типичных способов выхода из конфликтных ситуаций ( $M \pm m$ ,  $n_1$  и  $n_2 = 120$ )

Способ выхода из конфликта	Норма	Сразу после травмы	7-й день лечения	30-й день лечения	После лечения (месяцы)	
					3	6
Соревнование (со-	18±0,3	9*±0,1	8*±0,1	6*±0,1	12*±0,3	15±0,3
сотрудничество	17±0,2	14±0,3	8*±0,1	8*±0,1	11*±0,2	19±0,3
Компромисс	22±0,6	26±0,9	41*±3,1	35*±2,4	30*±1,8	25±1,4
Избегание (уход)	24±0,9	26±1,1	37*±2,6	38*±3,1	33*±2,4	26±2,6
Приспособление	17±0,8	21±1,4	8*±0,1	9*±0,1	15±0,3	14±0,7

*Мнение больных о себе и окружающих их лицах.* Нами проанализировано 6 тенденций поведения: зависимость-независимость, общительность-необщительность, принятие-уклонение от "борьбы". Подсчитывали частоту проявления каждой тенденции (табл. 3).

Сразу после наложения аппарата возрастала зависимость больного от окружающих, но в конце месяца она снижалась. Особенно интенсивно этот процесс происходил после снятия аппарата. Тенденция к независимости от группы была особенно заметной через 3 месяца после снятия аппарата.

Общительность больных к 30-му дню лечения непрерывно нарастала и была наибольшей через 3 месяца после завершения лечения. Противоположное состояние - необщительность - снижалась.

Степень участия больного в принятии "борьбы" существенно уменьшалась через 30 дней лечения. После снятия аппарата - приближалась к норме.

Избегание "борьбы" в наибольшей мере заметно во время лечения. После снятия аппарата этот показатель уменьшался и приближался к норме.

**Таблица 3.** Изменение показателей теста "техника Q-сортировки" (баллы) в процессе лечения пожилых и старых людей с переломами ( $M \pm m$ ,  $n_1$  и  $n_2 = 120$ )

Тенденция поведения	Норма	Сразу после травмы	7-й день лечения	30-й день лечения	После лечения (месяцы)	
					3	6
Зависимость	4 $\pm$ 0,2	12* $\pm$ 0,8	16* $\pm$ 0,8	14* $\pm$ 0,6	10* $\pm$ 0,9	4 $\pm$ 0,1
Независимость	18 $\pm$ 0,4	6* $\pm$ 0,1	4* $\pm$ 0,2	5* $\pm$ 0,2	7* $\pm$ 0,2	14 $\pm$ 0,2
Общительность	20 $\pm$ 0,9	7* $\pm$ 0,3	14* $\pm$ 0,6	15* $\pm$ 0,8	16* $\pm$ 1,0	18 $\pm$ 0,8
Необщительность	1,9 $\pm$ 0,	11* $\pm$ 0,5	8* $\pm$ 0,2	4* $\pm$ 0,1	3* $\pm$ 0,2	2 $\pm$ 0,1
Принятие "борьбы"	14 $\pm$ 0,9	7* $\pm$ 0,3	3* $\pm$ 0,1	7* $\pm$ 0,5	9* $\pm$ 0,4	12 $\pm$ 0,4
Избегание "борьбы"	6 $\pm$ 0,3	12* $\pm$ 0,8	15* $\pm$ 0,8	9* $\pm$ 0,8	9* $\pm$ 0,6	7 $\pm$ 0,2

Выраженная зависимость больного от окружающих лиц понималась нами как внутреннее стремление индивида к принятию норм других больных и персонала. Стремление к общительности свидетельствовало о стремлении к контактам, желании образовать эмоциональные связи с больными и персоналом. Но в спорах между собой больные уклонялись от "борьбы", стремились сохранить нейтралитет и принять компромиссное решение. Тенденцию к принятию "борьбы" мы рассматривали, как стремление участвовать в обсуждении проблем других больных, к достижению более высокого статуса в системе межличностных отношений.

Близкое число баллов по противоположным тенденциям (например, избегания "борьбы" после окончания лечения) говорит о наличии внутреннего конфликта личности, которая находилась во власти одинаково выраженных противоположных тенденций. В процессе лечения иногда встречались ответы типа "сомневаюсь" (в правильности ответа) в пределах одной тенденции, которые свидетельствовали о нерешительности, уклончивости, астеничности, иногда об избирательности поведения, тактической гибкости.

#### **Обсуждение результатов**

Тревожность - показатель субъективной оценки человеком возможностей формирования механизмов защиты от стресс-факторов. Степень выраженности этих механизмов во многом определяет

состояние психологической адаптации. В норме каждому человеку свойственен определенный уровень так называемой полезной тревожности - устойчивого личностного качества. Усиление тревоги ведет к включению или усилению интенсивности адаптации, то есть психической активности для преодоления стрессового воздействия и овладения ситуацией. Уменьшение тревоги говорит об адекватности реализуемых форм поведения и эффективности адаптации.

Ситуационная или реактивная тревожность проявляется озабоченностью, нервозностью, беспокойством и напряжением. Тревога рождает чувство вины и страха. Состояние тревоги тесно связано с развитием психосоматических проявлений. У человека, переживающего эмоцию, изменяется электрическая активность мышц лица, мозга, функциональное состояние кровеносной и дыхательной систем [3]. Эмоции активируют вегетативную нервную систему, которая в свою очередь воздействует на эндокринную и нервно-гуморальную системы. Тревога и депрессия влияют на иммунную систему и снижают сопротивляемость болезням. Об этом приходится говорить потому что, чем больше в жизни отрицательных эмоций, тем ниже уровень самооценки.

Динамика тревожности свидетельствовало о возможном влиянии ее на включение адаптационных механизмов и повышение интенсивности их действия,

улучшение сбалансированности за счет изменения поведения. Работу эмоциональной системы обеспечивает ретикулярная формация ствола мозга, которая регулирует механизмы защиты от стресса, уровень нейронной импульсации и состояние эндокринной системы [2]. Каждая личностная черта имеет в своей основе свой тип возбуждения в коре головного мозга. Эмоции возникают как результат нейрофизиологических процессов. Преобладал тонус симпатической нервной системы над парасимпатической [3]. На это указывали значения индекса Кердо. Усиление психофизиологических механизмов адаптации в наших исследованиях пожилые и старые люди, больные остеопорозом, достигали за счет снижения уровня тревоги следующими путями [ 1 ]: 1) построения системы взглядов о состоянии репаративного процесса после переломов, сроке лечения и его эффективности. 2) перенесения повышенного уровня тревоги на размышления о течение костеобразования и его длительности. Эти способы обеспечивали возможность уменьшения тревоги и отражались на характере поведения больных.

При ощущении тревоги и отрицательных эмоциях, обусловленных межличностными отношениями с другими больными и нарушением коммуникативных связей, возникало излишне критическое, а иногда и недружелюбное отношение к соседям по палате, персоналу и родственникам. В итоге усиливался уровень тревоги и снижалась эффективность адаптации.

Усиление адаптационных механизмов при сравнительно низкой тревоге на-

правлено на преодоление препятствий. При повышенной тревоге механизмы способствуют защите личности, что служит указанием на недостаточные возможности для преодоления стресс-реакции, связанной с лечебным процессом. Обо всем этом говорят данные фактора Q теста Кэттелла.

Высокий уровень тревоги, характерный для периода лечения, сопровождался адаптационными нарушениями в виде изменения поведения и фрустрационных реакций. В это время больные часто брали вину на себя, но при этом искали и оправдания. Такая реакция свидетельствовала о слабом "Я", отсутствии умения найти адекватный выход из трудных ситуаций, когда больному трудно переносить состояние фрустрации без снижения уровня своего психического состояния, что находило отражение в вербальных и поведенческих реакциях [1]. После снятия аппарата тревога уменьшалась, возрастали адаптационные ресурсы, поэтому большей была сила "Я", типичным было стремление переложить на кого-либо необходимость решения некоторых личных вопросов.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Маньков Ю.У. // Физиология человека, М. 1990. Т. 16. № 2. С. 98.
2. Медведев В.И. // Физиология человека. 1998 т. 24. № 4. С. 9.
3. Изард К.Э. Психология эмоций. СПб.: Питер. 1999. 464 с.
4. Хвостова С.А. // Проблема остеопороза в ортопедии и травматологии. М.: ЦИТО. 2000. С. 54.

**SITUATIONAL ANXIETY STATE, STYLE OF ESCAPING CONFLICTS AND IDEA OF ELDERLY AND OLD PEOPLE SUFFERING FROM OSTEOPOROSIS OF THEMSELVES IN PROCESS OF FRACTURES TREATMENT**

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 was studied by Spielbergers, Thomas and Stephenson tests as well as a condition situational alarm, a style of way out of dispute situations. During treatment the alarm was high, elements of alarm series changed – sensation of proper alarm and inside tension prevailed. There were noted elements of hesitation, evasiveness and asthenia. The alarm was moderate during treatment. It was low in after 6 month apparatus removal. Compromise as well as avoidance of difficult situations and adaptation to surroundings was typical of patients' style of behavior in the process treatment.