

УДК 159.9:61+616.89

ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ И С ПЕРЕЛОМАМИ

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 переломов на почве остеопороза изучили психологию личности у 480 людей в возрасте 60-75 лет. Психологическое состояние оценивали по тестам Кэттелла-16PF, EPI, MMPI, Т.Лири, Х.Шмишека, Спилбергер-Ханин, Рассел и соавт., опроснику К.Томаса. При поступлении в клинику у больных с переломами выявлена высокая степень авторитарности, ранимости, тревожности и депрессивности. Рассмотрены вопросы организации психологической помощи. Накануне операции по наложению аппарата Г.А.Илизарова состояние было тревожным, проявлявшееся нетерпеливостью, раздражительностью и несдержанностью. В процессе лечения была характерна внутренняя противоречивость, нерешительность, податливость и непоследовательность. Усиливалась ситуационная тревога. Обусловлена она проявлениями фрустрации и измененными физиологическими параметрами.

Описанием психологии старости ранее фактически никто не занимался. В связи с тем, что пожилых и старых людей в ближайшие десятилетия будет становиться все больше, проблема старости выдвинулась на передний план по всему миру. Исключительно важно в такой ситуации изучать качество жизни и психологию личности этих людей [1]. Такая задача дважды за последнее десятилетие записывалась и в решениях нашего правительства, так как многие пенсионеры сегодня вынуждены трудиться, чтобы выжить самим и помогать своим детям.

Наши наблюдения проведены на 428 людях в возрасте 60-75 лет. Психологическое состояние мы изучали по тесту Кэттелла-16PF. Устанавливали также черты характера, интеллектуальные и эмоционально-волевые (Кэттелл) особенности больных. Использовали также вопросник EPI Айзенка (1963). Тесты Айзенка и Кэттелла дополняют друг друга, располагаясь на разных уровнях обобщенности. Для оценки состояния личности в динамике применяли опросник MMPI. Диагностику реального и идеального "Я", межличностных отношений больных между собой и

медицинским персоналом, формы реакции в конфликтных ситуациях, проводили по методике Т.Лири (1954). Мнение испытуемого о себе и его представление о том, каким его видят другие, определяли по тесту "Q - сортировка". Выявляли акцентуации личности больных и особенности реакции в трудных ситуациях (тест Х.Шмишека). Применяли тесты на выявление уровня тревожности (Спилбергер-Ханин), одиночества (Рассел, Пепл, Фургюсон), стиля поведения и личностной предрасположенности к конфликтному поведению (опросник К.Томаса).

1. Психология нормальной физиологической старости. У стареющего человека постепенно слабеет зрение, слух, ухудшается деятельность всех органов чувств. Постепенно пропадает живость, подвижность, деятельные люди становятся более пассивными.

Уменьшение жизненной энергии сказывается и на эмоциональной жизни. Люди постепенно становятся более «спокойными», находят радости в более узком кругу или же жизнь их становится совсем безрадостной. Процессы обеднения эмоциональной жизни могут носить и более

тяжелую форму. В таких случаях внешний мир почти совсем не интересует человека. Стариками могут быть подвержены мучительному, беспричинному беспокойству, быть мелочными, все свое внимание обращать на незначительные детали, на мизерные происшествия. Они постоянно заняты деятельностью своего организма, с возрастом же беспокойства и тревоги у них часто возникают ипохондрические состояния.

Стеснительные, боязливые люди в старости бывают недоверчивыми, разочарованными пессимистами, согласными на отказ от всего, ипохондриками, занятыми мыслями о своем здоровье.

В старости личность может развиваться в направлении, противоположном предыдущему. По классификации Юнга люди, относившиеся к типу экстравертированных при старении становятся интравертированными и наоборот. Особо важно состояние личности в молодые годы и продуктивность жизни. Они существенно влияют на гармоничность человека в старости: те, кто в молодости жили духовно богатой жизнью, часто находят настоящие сокровища в воспоминаниях о прожитом, что способствует гармоничности их жизни.

Хотя сфера мышления и интерес к новому становятся все уже и уже, рассудительность и избирательность мышления стариков имеют свои преимущества. Они гораздо лучше умеют разобраться в запутанных явлениях жизни, чем молодые. По ходу жизни они становятся «мудрее».

Нередко старческое одиночество переносится тяжело. Особенно когда молодежь уходит из семьи, становится самостоятельной. Престарелый человек остается один, одиночество нестерпимо мучает его. В такой ситуации многое зависит от того, насколько способен такой человек найти для себя соответствующее занятие, приспособиться к жизни окружающих людей, найти в ней свое место. Многие можно сделать для поддержания душевного и физического здоровья людей преклонного возраста путем создания спокойной, мирной, семейной обстановки. Основные условия работы с престарелыми людьми –

уважение личности и заботливое отношение.

Иногда встречается эгоцентризм, изменения личности, эмоциональная атрофия. Изменения настроения, как правило, приводят к подавленности, к депрессивным, ипохондрическим состояниям. Психические потрясения могут вызвать взволнованность, беспокойство и замешательство. В результате этого могут возникнуть нарушения мозгового кровообращения и расстройства речи. В таких случаях больные часто обвиняют себя в несовершенных ошибках и грехах, вспоминают о всех своих оплошностях [2].

Патогенез отклонений от психологической нормы связан с нарушениями деятельности головного мозга. Наблюдаются изменения в тканях мозга. Наряду с органическими расстройствами нервной системы имеются изменения в соматическом состоянии

2. Организация психологической службы по оказанию помощи больным остеопорозом и с переломами. Ортопедия и травматология относятся к числу тех специальностей, где практически не налажено психологическое тестирование и сопровождение больного в процессе лечения. Для упорядочения сбора всесторонней информации о больном нами в январе 1996 года составлена анкета применительно к условиям ортопедо-травматологической клиники [2]. Она включает следующие разделы: 1) мотивация необходимости лечения и отношение к нему; 2) психоэмоциональное состояние (тревожность, тоска, депрессия и т.д.) накануне операции по наложению аппарата Г.А.Илизарова; 3) ожидаемый результат; 4) результаты контрольного и окончательного этапов обследования; 5) характер и периоды лечения; 6) удовлетворенность лечением; 7) дополнительные материалы к характеристике психологических и личностных особенностей в процессе лечения (ограничение умственной деятельности из-за головных болей и болей в конечностях; необходимость избегать эмоциональных нагрузок; ограничения в половой жизни); 8) письма больных, как показатель самооценки состояния в процессе лечения или реабилитации (оценка степени выражен-

ности стресс-реакции во время лечения; изменение психологических возможностей в преодолении трудностей, формирование постоянного ощущения гуманности; изменение поведенческих реакций в положительную сторону; поддержка дружелюбия, потребности в самоутверждении. Пациенты сообщали оценку вида своих конечностей, поведение в случае осложнений, психологическом состоянии в конце лечения и новым качеством своей жизни в отдаленный период [3].

Собрав достаточно полные сведения о больном, мы проанализировали результаты психологического исследования, так как кора головного мозга и лимбическая система (гипокамп, миндалина, гипоталамус) подключают физиологические процессы, регулирующие гомеостаз [4].

Благотворно влияя на больного, психолог нормализует физиологические показатели, состояние костеобразования и сокращает сроки лечения [5].

Перед операцией у больных с переломами выявлена высокая степень выраженности авторитарности, ранимости, тревожности и депрессивности. Накануне операции состояние было тревожным, проявлявшееся нетерпеливостью, раздражительностью и несдержанностью. При изучении особенностей характера и типов его акцентуаций по тестам Кэттелла и Шмишека обнаружено значительно выраженное состояние эмоциональной нестабильности.

В процессе лечения по данным теста Т.Лири соотношение различных компонентов содержания личности характеризовали: внутренняя противоречивость, нерешительность, податливость и непоследовательность. Усиливалась ситуационная тревога. Обусловлена она проявлениями фрустрации и измененными физиологическими параметрами. При определенной интенсивности тревога составляла основу развития отдельных признаков нарушения адаптации, включались психофизиологические механизмы адаптационной защиты, обеспечивающие приспособительный эффект к условиям стресса.

После окончания лечения, и снятия аппарата потребность в самоутверждении являлась причиной гиперответственности

и дружелюбия. Отмечено ослабление эмоциональной напряженности и улучшение качества жизни.

Вот как больные в письмах, приложенных к анкетам, оценили роль психолога в реабилитационном процессе. Письмо первое: "Я рада, что психологи заинтересовались пожилыми и старыми людьми, которые страдают от остеопороза. Меня, например, мучают боли в позвоночнике. А после беседы с психологом всегда становится легче. Хочется жить, бороться с неприятными ощущениями и страхами за будущее. И это главное".

Письмо второе. "Здесь в Центре Илизарова внимательные, заботливые врачи. Они вселяют надежду в хороший результат лечения перелома. Я ведь была в молодости высокой и красивой и не могла даже предположить, что буду страдать от такой болезни. В столь неожиданной болезни верный помощник в борьбе в тревогой - психолог».

3. Черты личности и типы акцентуаций характера больных остеопорозом с переломами при лечении их по Илизарову. На уровень физиологических реакций влияет темперамент, состояние тревожности, ригидности (способности к перестройке поведения) и фрустрированности.

В первые дни лечения после переломов преобладало состояние внутреннего напряжения, подозрительность и раздражительность, неуступчивость, своенравность и недоверчивость. Отмечена фиксация внимания на неудачах, осторожность в поступках и эгоцентризм. Вели себя беспокойно, были полны тревоги, страха перед дальнейшей судьбой, подавлены, ранимы, погружены в раздумья. Больные контролировали эмоции и поведение, проявляли активность несмотря на быструю утомляемость.

В конце лечения были не уверены в своих силах в дальнейшей жизни, но вместе с тем верили в удачный исход лечения, отмечали значимость социальных контактов, сдержанные, предпочитали находиться в тени. Нуждались в поддержке группы (больных), безынициативны. Следовали своим побуждениям, характерна повышенная мотивация.

Поддерживали мысль о значимости социальных контактов. Интересы обращены на самих себя, эгоцентричны. Обнаружена повышенная мотивация и стремление вызвать сочувствие к себе. Трезво смотрели на вещи и реально оценивали обстановку.

Чаще встречались такие акцентуации с их характерными чертами: 1) застревающий (умеренная общительность, неразговорчивость, настороженность, недоверчивость, чувствительность к обидам); 2) эмотивный - эмоциональный (характерна эмоциональность, чувствительность, тревожность, боязливость, гуманность, отзывчивость, впечатлительность и слезливость); 3) педантичный тип (инертность психических процессов, редко вступают в конфликты, пунктуальные, аккуратные, брюзжат, формалисты).

В два раза реже встречались: 4) возбудимый тип (недостаточная управляемость собой, повышенная импульсивность); 5) дистимический (люди отличаются серьезностью, подавленностью настроения, медлительностью и слабой волей); 6) тревожно-боязливый (низкая контактность, робость, пугливость, неуверенность в себе); 7) циклотимический (частые смены настроения, зависимость от внешних событий).

4. Содержание элементов тревожного ряда у больных остеопорозом с переломами при лечении их по Илизарову. Врачи ортопеды-травматологи чаще сталкиваются с ситуационной (временной, реактивной) тревожностью, возникающей после травмы, а также при возникновении осложнений. Тревога возникала как эмоциональная реакция на стресс (травма один из самых мощных стресс-факторов), была разной по интенсивности и продолжительности.

Больным остеопорозом без переломов присуща умеренная выраженность (39 ± 3 балла) личностной тревожности. В группе с переломами уровень ситуационной тревоги - высокий ($42,6 \pm 3,9$ балла). Ситуационная тревога включала все элементы от ощущения внутренней напряженности до тревожно-боязливого возбуждения.

Ситуационная тревожность проявлялась озабоченностью, нервозностью, беспокойством и напряжением. Лечение становилось основным о чем думали больные, преобладающим в переживаниях. Особенно существенными были слова "операция", "аппарат", "сращение", "костная мозоль".

В начале лечения тревожность высокая. Для нее было характерно беспокойство за ход регенерации и лечения в целом, сомнения в возможностях своего организма, снижение претензий и побуждающих к действию мотивов в структуре личности. Завышенная оценка своих требований часто служила в палате источником дополнительной эмоциональной напряженности и длительных отрицательных эмоций. Менялось содержание элементов тревожного ряда - преобладало ощущение собственно тревоги и внутренней напряженности.

Эффективными словесными раздражителями в этот период были: "нормальная" или «ослабленная регенерация», "перемонтаж аппарата" и "удаление спиц". Из слов социального характера наиболее эмоциональным было слово "деньги". Наиболее распространенным вариантом ответа на все значимые раздражители являлись слова "снятие аппарата", «восстановление функции»

Накануне снятия аппарата тревожность становилась умеренной. Для этого этапа лечения характерна оптимистическая оценка лечения. После снятия аппарата отчетливо выражено чувство удовлетворенности лечением, уверенности в себе, удовлетворительная активность при легкой утомляемостью. Больные выражали сочувствие тем, кто еще лечится и поддерживали их. При наличии осложнений после лечения мы отмечали депрессивные тенденции в сочетании с раздражительностью, ощущением утомляемости и апатии.

Динамика тревожности свидетельствовало о возможном влиянии ее на включение адаптационных механизмов и повышение интенсивности их действия, улучшение сбалансированности за счет изменения поведения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Хвостова С.А. // Сб. науч. трудов. Казань, КГМУ. 2002. С. 119.
2. Хвостова С.А. // Пятый конгресс с междунар. участием, Турция, Анталия: Палиат. мед. и реабил. 2003. № 2. С. 143.
3. Хвостова С.А. // Российский конгресс по остеопорозу: М., 2003. С. 46.
4. Хвостова С.А. // Сб. науч. трудов. Саратов, СарНИИТО, 2003. С. 158.
5. Хвостова С.А. // Вестник ЮурГУ. 2004. № 6(6). С. 136.

PSYCHOLOGY OF PERSONALITY OF OSTEOPOROSIS PATIENTS AND PATIENTS WITH FRACTURES

Khvostova S.A.

Kurgan state university, department of psychology of development and age-qualification 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 heightened 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.