

УДК 159.9:61+616.89

ПРОФИЛЬ ПСИХОЛОГИИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ И С ПЕРЕЛОМАМИ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ 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>

При поступлении в клинику 480 больных остеопорозом и с переломами в возрасте 60-75 лет, был высокий уровень тревожности, отмечены отдельные признаки дезадаптации, проявления фрустрации и депрессии, отчетливо выражен ряд таких эмоций как печаль, горе и растерянность. Благодаря работе психолога с больными улучшалось психологическое состояние: снижался уровень тревожности и депрессии, возрастало число и яркость эмоций, повышалась активность и работоспособность. Психолог приучал больного к умению переносить тревогу в область межличностных отношений и коммуникативных связей, а также переключать внимание на другие проблемы, что способствовало дальнейшему закреплению достигнутого эффекта, улучшало психофизиологическое состояние функций организма, нивелировало отрицательные переживания и их последствия.

В единичных публикациях с описанием психологии старости иногда проскальзывает элемент предубежденности с отражением преимущественно отрицательных качеств пожилых людей. Фактически никто не изучал психологию личности больных остеопорозом и с переломами в процессе их реабилитации [5]. В связи с тем, что пожилых и старых людей в ближайшие десятилетия будет становиться все больше, эта проблема выдвинулась на передний план по всему миру. В такой ситуации задача изучения качества жизни и психологии личности пожилых людей дважды записывалась в государственных документах.

Материал и методы

Наши наблюдения проведены на 480 больных остеопорозом в возрасте 60-75 лет. Психологическое состояние в процессе лечения у них переломов по Илизарову мы изучали по тесту Кэттелла-16PF. Устанавливали также черты характера, интеллектуальные и эмоционально-волевые особенности больных. Использовали также вопросник ЕРІ Айзенка (1963). Тесты Айзенка и Кэттелла дополняют друг друга,

располагаясь на разных уровнях обобщенности. Для оценки состояния личности в динамике применяли опросник ММРІ.

Результаты исследований

Уменьшение жизненной энергии больных остеопорозом сказывается и на их эмоциональной жизни. Настроение становится более постоянным, такие люди обычно спокойны, но может быть и подавленность или же возбужденность. Иногда встречается и большая лабильность настроения.

Больные остеопорозом иногда подвержены мучительному, беспричинному беспокойству, все свое внимание обращать на незначительные детали, на мизерные происшествия.

Стеснительные и боязливые люди в старости становятся недоверчивыми, разочарованными пессимистами, ипохондриками, занятыми мыслями о своем здоровье [4].

Патогенез отклонений от психологической нормы связан с нарушениями деятельности головного мозга. У них наблюдаются изменения в тканях мозга. Наряду с органическими расстройствами

нервной системы имеются изменения в соматическом состоянии, а также биологические и социологические факторы [3]. Когда такие люди поступают в клинику с переломами, возникают определенные трудности, так как травматология относится к числу тех специальностей, где практически не налажено психологическое тестирование и сопровождение больных остеопорозом в процессе лечения переломов [2]. Поэтому нами для упорядочения сбора всесторонней информации о больном в январе 1996 года составлена анкета применительно к условиям ортопедотравматологической клиники. Она включает: 1) характеристику психоэмоционального состояния (тревожность, тоска, депрессия и т.д.) при поступлении в клинику с переломом, результаты контрольного и окончательного этапов обследования, характер и периоды лечения; 2) удовлетворенность лечением; 3) 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); 4) письма больных (в отдаленный период), как показатель самооценки состояния в процессе лечения - степени выраженности стресс-реакции во время лечения; эффективности разъяснения сущности и природы возникновения боли с целью уменьшения ее проявлений; 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 [1].

Собрав достаточно полные сведения о больном, мы ставили перед собой цель сопоставить результаты психологического исследования и физиологических параметров, так как последние регулируют гомеостаз, а управляет ими кора головного мозга и лимбическая система (гипокамп, минда-

лина, гипоталамус), которые взаимодействуют с ретикулярной формацией ствола мозга [6].

При поступлении в клинику с переломами у больных остеопорозом выявлена высокая степень выраженности авторитарности, ранимости, тревожности и депрессивности. Накануне операции состояние аппарата Илизарова было тревожным, проявлявшееся нетерпеливостью, раздражительностью и несдержанностью. При изучении особенностей характера и типов его акцентуаций обнаружено значительно выраженное состояние эмоциональной нестабильности.

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 больные беспокойно, были полны тревоги, страха перед дальнейшей судьбой, подавлены, ранимы, погружены в раздумья. Отмечена подозрительность к новым людям, склонность к морализации. Больные самолюбивые, контролировали свои эмоции и поведение, проявляли активность несмотря на быструю утомляемость.

В процессе лечения 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. Таким образом, изучение психологического состояния больных яв-

ляется очень важным в процессе реабилитации.

В конце лечения больные остеопорозом 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. Интересы обращены на самих себя, эгоцентричны. Обнаружена повышенная мотивация и стремление вызвать сочувствие к себе. Трезво смотрели на вещи и реально оценивали обстановку.

Врачи травматологи чаще сталкиваются с ситуационной (временной, реактивной) тревожностью, возникающей как после травмы, так и 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-боязливой 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 для тревожности 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 со-

держание элементов тревожного ряда - преобладало ощущение собственно тревоги и внутренней напряженности.

Регрессивные проявления беспокойства и страхов возникали при ссорах с персоналом из-за постоянных вопросов и любопытства пожилых людей.

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, уверенности в себе, удовлетворительная активность при легкой утомляемости. 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.

Одновременно выявляли функциональные изменения в органах и тканях, возникающие при остеопорозе и после травм, обуславливающие ситуацию неустойчивого равновесия в организме. Сдвиги в эндокринной системе создавали определенный гормональный фон для изменения психических процессов.

В заключение приводим итоговую таблицу, в которой представлена общая характеристика профиля психологии личности. Из нее видно, что перелом и последующая реабилитация больных остеопорозом вначале усиливали отдельные черты личности. В отдаленные сроки они сглаживались и уже не выходили за пределы нормальных колебаний.

Таблица 1. Свойства личности больных остеопорозом и с переломами в процессе реабилитации по Илизарову ($M \pm m$)

Психологические тесты	При поступлении	Во время лечения (дни)		После лечения (месяцы)	
		14	28	1	6
Степень авторитарности	9,8±0,3	13,2*±0,7	11,3*±0,5	7,3*±0,2	4,3*±0,2
Деспотичность	9,6±0,4	11,6*±0,5	10,1±0,4	4,8*±0,2	2,6*±0,1
Дружелюбие	9,7±0,3	12,6*±0,7	10,6±0,8	6,8*±0,3	3,4*±0,3
Конфликтность	9,2±0,4	14,3*±0,6	11,4±0,6	5,4*±0,2	2,8*±0,1
Ранимость	9,3±0,2	13,6*±0,9	10,8±0,7	4,9*±0,3	1,9*±0,3
Депрессивность	8,9±0,2	14,1*±0,6	10,6±0,5	3,4*±0,2	1,9*±0,2
Социальные контакты	8,8±0,4	5,3*±0,9	6,7±0,3	9,3±0,4	10,0±0,2
Готовность к сотрудничеству	7,5±0,1	10,7*±0,3	9,0±0,3	9,2*±0,4	9,4*±3,6
Враждебность	4,8±0,1	5,5±0,2	4,0±0,3	2,6*±0,2	1,7*±0,1
Межличностные отношения	11,0±0,6	13,2±0,3	14,4*±0,5	7,3*±0,6	5,6*±0,3
Нетерпеливость	6,9±0,1	7,8±0,3	5,8±0,4	4,3*±0,2	2,8*±0,1
Раздражительность	7,2±0,3	9,6*±0,5	8,4±0,3	5,4*±0,2	2,7*±0,1
Несдержанность	9,0±0,3	14,1*±0,8	12,3*±0,5	6,8*±0,3	5,2*±0,3
Переносимость ожидания	8,4±0,2	12,8*±0,6	11,4*±0,7	5,3*±0,4	3,6*±0,2
Психическая напряженность	10,7±0,3	15,3*±0,7	12,6±0,8	6,3*±0,5	4,8*±0,2

Примечание: знаком «*» обозначены величины, статистически достоверно ($p < 0,05$) отличающиеся от данных при поступлении в клинику с переломом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Хвостова С.А. // Пятый конгресс с междун. 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. // Новые технологии в диагностике и лечении травм и забо-

леваний опорно-двигательной системы: Сб. науч. трудов. Саратов. СарНИИТО. 2003. С. 158.

5. Хвостова С.А. // Вестник Южноуральского госуниверситета. 2004. № 6(б). С. 136.

6. Хвостова С.А. // Остеопороз и остеопатии. 2005. № 3. С. 30.

PERSONOLOGY PROFILE OF OSTEOPOROSIS PATIENTS AND PATIENTS WITH FRACTURES IN REHABILITATION PROCESS ACCORDING TO ILIZAROV

Khvostova S.A.

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

At admittance to the hospital of 480 people with osteoporosis and fractures aged 60-75, there was a high level of anxiety, there were some signs of desadaptation, manifestations of frustration and depression, evident emotions like sadness, distress and amazement. Psychological condition improved due to the work of psychologist with the patients, and also development of individual verbal schemes of psychological activity and training of patients to use them. The level of uneasiness and depression decreased, the number and brightness of emotions increased, activity and work capability increased. Systematic talks to psychologist decreased the level of uneasiness and symptoms of depression due to the skill to transfer the uneasiness to the sphere of interpersonal relations and communicative connections, and also to switch patient's attention to other problems. It helped to maintain the achieved effect, improved the psycho-physiological condition of body functions, decreased the negative emotions and their consequences.