

УДК 159.9:61+616.89

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ И С ПЕРЕЛОМАМИ В ПРОЦЕССЕ ИХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Хвостова С.А.

Курганский государственный университет, Курган, e-mail: official@kgsu.ru

У 480 больных остеопорозом и с переломами в возрасте 60–75 лет изучали психологическое состояние в процессе реабилитации. Выявлена высокая степень авторитарности, деспотичности, конфликтности, ранимости, тревожности и депрессивности. Во время лечения преобладала тенденция к образованию эмоциональных связей, уклонение от споров, конфликтов и разрешения трудных вопросов. Выражено стремление к нейтралитету и принятию компромиссных решений при общении с людьми. Характерна чувствительность к травмирующим событиям (осложнения при лечении) и впечатлительность.

Ключевые слова: ситуационная тревожность, психология личности, остеопороз, переломы

THE PSYCHOLOGICAL STATE OF PATIENTS WITH OSTEOPOROSIS AND FRACTURES IN THE PROCESS OF REHABILITATION

Chvostova S.A.

Kurgan State University, Kurgan, e-mail: official@kgsu.ru

From 480 patients with osteoporosis and fractures in the age of 60–75 years studied the psychological state in the process of rehabilitation. Revealed a high degree of authoritativeness, despotism, conflict, sensitivities, anxiety and depression. During treatment has a tendency to the formation of emotional ties, dodging from disputes, conflicts and solve difficult issues. Expressed the desire for neutrality and compromise solutions when dealing with people. Characterized by sensitivity to traumatic events (complications of treatment) and impressionability.

Keywords: situational anxiety, psychology of personality, osteoporosis, fractures

Непрерывно увеличивающееся число пожилых и старых людей, страдающих от остеопороза, реально поставили задачу их социальной реабилитации. Именно это обстоятельство требует пристального изучения психологического состояния пациента и при необходимости его корректировки [1, 3].

Психологические и физиологические процессы взаимно связаны: изменения происходят одновременно в эмоциональном состоянии и физиологическом статусе. При использовании психологических тестов большую ценность может представлять выявление преобладания тревожности или пассивности [5]. Это важно потому, что они говорят о многом: склонности к проявлению гнева и враждебности, которая приводит преимущественно к увеличению концентрации норадреналина, а для лиц с пассивными реакциями типична секреция адреналина [4]. Эмоциональное возбуждение, связанное с переломом, ожиданием операции для наложения аппарата Г.А. Илизарова, страх перед ней, волнения за ее исход, возможные конфликты с больными повышают активность симпатической нервной системы, что выражается в повышении АД, частоты сердечных сокращений, сухости в полости рта [8].

В задачу исследования входило изучение изменений психологического состояния больных остеопорозом после возникновения переломов. Эти сведения важны для предупреждения возможной эмоциональной дезадаптации личности под влиянием

стресс-реакции в процессе лечения перелома остеопороза, как его симптома.

Материал и методы исследования

Наблюдения сделаны на 480 больных остеопорозом и с переломами в возрасте 60–75 лет. Психологическое состояние мы начали изучать в 1995 года с использования теста Кэттелла. Диагностику межличностных отношений проводили по методике Т. Лири. Применяли тесты на выявление уровня тревожности, одиночества, определяли стиль поведения и личностную предрасположенность к конфликтному поведению (опросник Томаса). Изучали мнение испытуемого о себе и его представления о том, каким его видят другие (методика «Q – сортировки»), а также выявляли акцентуации личности больных и особенности реакций в трудных ситуациях (тест Шмишека). Определяли черты характера, интеллектуальные, эмоционально-волевые особенности больных, тип межличностных отношений с больными и медицинским персоналом, поведение (в палате), формы реакции в конфликтных ситуациях.

Для изучения качества жизни (КЖ) нами был создан вариант применительно к задачам ортопедо-травматологической клиники [8, 9]. В анкету входили следующие шкалы:

- 1) мотивация необходимости реабилитации после перелома;
- 2) результаты контрольного и окончательного этапов обследования;
- 3) психо-эмоциональное состояние (тревожность, тоска, депрессия) накануне наложения аппарата Г.А. Илизарова;
- 4) ожидаемый результат;
- 5) характер реабилитации и отношение к ней;
- 6) удовлетворенность лечением.

Пациенты сообщали также сведения о характере болевых ощущений, об отношении к приему обезбо-

ливающих, уходе за ними в процессе лечения, оценке вида своих конечностей, поведении в случае осложнений, психологическом состоянии в конце лечения и новом качестве своей жизни. Индекс качества жизни подсчитывали на основании данных анкеты по алгебраической сумме набранных баллов.

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

Результаты исследования и их обсуждение

Характеристика качества жизни.

Результаты анализа данных показали, что пожилые и старые люди с переломами испытывали трудности психологического и социального характера. Их ИКЖ по данным, содержащимся в заполненной анкете, составил $5,7 \pm 0,3$ балла, что свидетельствовало о низком социальном статусе.

От предстоящего лечения перелома 43,9% опрошенных больных ожидали улучшения психологического состояния и изменений в повседневной жизни, 17,1% – эстетических сдвигов по сравнению с ситуацией, возникшей после перелома, 39% считали, что ничего нового не произойдет. В такой ситуации существенную реабилитационную роль играл процесс сращения перелома.

Свойства личности накануне наложения аппарата Илизарова. При поступлении в клинику с переломами больные переживали состояние эмоциональной нестабильности. Они отмечали, что испытывали тревожность, тоску, уход «в себя», возбуждение, нередко сопровождавшееся двигательным беспокойством и суетливостью. Характерна нетерпеливость и плохая переносимость ожидания, раздражительность и несдержанность.

Все это говорит о заниженной субъективной оценке своих возможностей. Остеопороз и его симптом – перелом формировали весьма устойчивые депрессивные тенденции, гиперактуализацию переживаний.

Для больных остеопорозом характерны следующие свойства личности: ранимость, тревожность и депрессивность – 7 баллов, значимость социальных контактов – 9 баллов, конфликтность – 8 баллов, готовность к сотрудничеству – 6,3 балла. Выявлена высокая степень выраженности авторитарности и деспотичности (8 баллов), а для ответственного типа межличностных отношений была характерна экстремальная степень – 11 баллов. Потребность в самоутверждении являлась причиной гиперответственности и большей степени дружелюбия (9). Но для признания необходимо, чтобы тебя «заметили». Поэтому больные с пере-

ломами стремились иногда неосознанно обратить на себя внимание активностью.

Преобладание 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.

Акцентуация характера по тесту Шмишека. В наших наблюдениях встречались чаще всего два вида акцентуаций: застревающий и эмотивный. Для первого была характерна мнимая несправедливость к себе, поэтому люди насторожены и недоверчивы в общении и чувствительны к обидам, огорчениям, уязвимы, подозрительны и с трудом отходили от этих состояний. Для данного типа больных была характерна склонность к эффектам и инертность мышления.

Для эмотивного типа типичны эмоциональность, чувствительность, тревожность, болтливость, боязливость, выраженные реакции чувств, а также гуманность, отзывчивость, впечатлительность и слезливость. Обиды они «носили» в себе.

Тип акцентуации очень важно учитывать в трудных ситуациях (осложнения при лечении переломов, тугоподвижность суставов после него), иначе она может приобретать патологический характер и разрушать структуру личности.

Психологические особенности во время лечения перелома. В первые дни после операции для наложения аппарата Илизарова преобладала повышенная возбудимость, раздражительность, эмоциональная неустойчивость и лабильность настроения, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, ухудшение основных психических функций, прежде всего, памяти и внимания. Свойственна тревожность (9 баллов), фрустрация (сочетание подавленного настроения с напряжением и тревогой) и низкая самооценка. Наблюдалась тенденция к гиперответственности (9 баллов). После операции у больных уже не было ярко выраженного чувства одиночества, так как они контактировали с больными в палате, которые их опекали и поддерживали. Индекс качества жизни был наиболее низким сразу после операции, а со второй недели начинали выявляться положительные изменения. Но отчетливо заметны они через 3–6 месяцев после окончания лечения.

По данным теста «Q-сортировка» изучали представление испытуемого о себе и о том, каким его видят другие. В поведении в группе (больных) наблюдалась выраженная (13 баллов) зависимость от нее. Это поведение понималось как внутреннее

стремление к принятию норм, стандартов и морально-этических ценностей группы. Характерна тенденция к общительности (12 баллов), то есть стремление к образованию эмоциональных связей, но в групповых спорах и конфликтах больные уклонялись от «борьбы» (14 баллов), стремились сохранить нейтралитет и принять компромиссное решение.

При изучении личностных особенностей по тесту Кэттелла – 95 больные остеопорозом и с переломами чаще всего были интравертами. В силу длительного пребывания в палатах им присуща робость, покорность, повышенное чувство тревожности и сензитивность. Прослеживались доверчивость, замкнутость и подозрительность (таблица).

Психологические особенности и свойства личности больных остеопорозом и с переломами ($M \pm m$)

Психологические тесты	При поступлении	Дни лечения		Отдаленные результаты (годы)	
		7-й день	14-й день	0,5	1,0
Авторитарность	8,8* ± 0,4	12,8* ± 0,6	10,9* ± 0,4	7,1* ± 0,1	4,4 ± 0,3
Деспотичность	9,3* ± 0,3	12,0* ± 0,6	9,0* ± 0,4	4,9* ± 0,3	2,4 ± 0,1
Дружелюбие	9,5* ± 0,2	12,9* ± 0,5	10,4* ± 0,5	6,3* ± 0,4	3,2 ± 0,2
Конфликтность	8,9* ± 0,3	13,8* ± 0,7	11,2* ± 0,3	5,2* ± 0,3	2,9 ± 0,1
Ранимость	9,1* ± 0,1	13,6* ± 0,8	10,6* ± 0,4	4,7* ± 0,3	2,0 ± 0,2
Тревожность	8,8* ± 0,3	10,9* ± 0,6	7,0* ± 0,3	4,2* ± 0,2	2,5 ± 0,1
Депрессивность	9,0* ± 0,2	13,7* ± 0,4	10,3* ± 0,4	3,3* ± 0,2	2,0 ± 0,2
Социальные контакты	8,9 ± 0,3	5,1* ± 0,3	6,2* ± 0,4	9,1 ± 0,3	10,3 ± 0,3
Готовность к сотрудничеству	7,8* ± 0,2	10,4 ± 0,4	8,9 ± 0,2	8,9 ± 0,3	9,6 ± 0,3
Враждебность	4,6* ± 0,3	5,7* ± 0,3	4,4* ± 0,3	2,8* ± 0,3	1,6 ± 0,1
Межличностные отношения	10,8* ± 0,6	12,8* ± 0,5	14,2* ± 0,4	7,1* ± 0,5	5,4 ± 0,3
Нетерпеливость	6,7* ± 0,2	7,9* ± 0,4	5,9* ± 0,3	4,4* ± 0,3	2,7 ± 0,2
Раздражительность	7,1* ± 0,2	9,4* ± 0,5	8,5* ± 0,2	5,2* ± 0,3	2,6 ± 0,1
Несдержанность	8,9 ± 0,2	11,3 ± 0,6	12,0 ± 0,4	6,5 ± 0,4	5,0 ± 0,2
Переносимость ожидания	8,1* ± 0,3	12,8* ± 0,4	11,4* ± 0,5	5,1* ± 0,2	3,9 ± 0,1
Психическая напряженность	10,4* ± 0,4	15,3* ± 0,4	12,3* ± 0,3	6,2* ± 0,4	4,9 ± 0,2

Примечание. Знаком «*» обозначены величины статистически достоверно ($p < 0,05$), отличающиеся от данных через год после перелома.

По данным теста Т. Лири, для больных, характерны пассивность и оценочное поведение, то есть они не проявляли активности в социальных контактах и в решении спорных вопросов (октант IV > 7 баллов). Существует своя мерка, под которую они подгоняли окружающих, и на этой почве иногда происходили межличностные конфликты. Они понимали, из-за чего они возникали и стремились избавиться от этого свойства личности. Следует отметить, что данные самооценки почти полностью совпадали с представлением об идеальном «я». Она низкая и четко прослеживалась неудовлетворенность собой (октант V–VII > 7). Выражена авторитарность в сфере «делания добра» (октант VIII > 9). Из-за чрезмерной застенчивости наблюдается «защитное поведение» (октант III, V > 7). Больным была свойственна борьба мотивов самоутверждения и потребности в группе (октант

III, V > 9), а также озабоченность мнением окружающих о себе (октант VI–VII > 9).

Тест Томаса. В конфликтных ситуациях для больных остеопорозом и с переломами характерны следующие формы поведения: компромисс (10 баллов), уклонение (уход) от разрешения трудных вопросов (9 баллов). Для избегания (от разрешения вопросов) характерно отсутствие стремления к кооперации и тенденция к достижению собственных целей.

Самооценка (как психологический тест) больными своего состояния во время и после лечения переломов. Вот как они охарактеризовали свое состояние во время лечения.

Письмо первое, приложенное к анкете. «Я рада тому, что и психологи заинтересовались больными остеопорозом, которые лечились в связи с переломами. В итоге это выльется в интересное исследование.

О себе скажу. В первое время после завершения лечения мне было страшно выходить на улицу (а, вдруг, опять будет перелом!). Ходила так осторожно, что казалось, что окружающие только и смотрят на меня, но потом поняла, что в общем грех жаловаться на трудности лечения аппаратом Илизарова, так как пришлось бы ходить на костылях».

Письмо второе. «В первое время после перелома просто не хотелось жить, так как неясна была перспектива. Благодаря врачам все быстро пошло на поправку. Запомнила день, когда первый раз после перелома отправилась на прогулку. Казалось невероятным, что все срослось. Теперь я счастлива в кругу семьи».

Письмо третье. «Лечиться в связи с переломом меня повезли в центр Илизарова. Я не хотела, чтобы накладывали аппарат, а стремилась к тому, чтобы лечение было на дому. После операции для наложения аппарата у меня повышалось АД. По ходу лечения прибавилось уверенности в себе».

Представленные письма показывают, что следует со всей тщательностью изучать не только физиологические показатели, но и психологическое состояние больных, так как они тесно взаимосвязаны и любые изменения в психике отражаются на состоянии физиологических процессов и активности репаративного процесса.

В процессе лечения больных остеопорозом и с переломами происходило существенное улучшение их психологического статуса и качества жизни (по сравнению с состоянием при поступлении). Существует взаимосвязь между изменениями психологических и физиологических сдвигов и уровнем пластичности нервной системы [2]. Пластичность ее определяет тактику поведения человека. Физиологические процессы обеспечивают постоянство внутренней среды, психические – участие физиологических реакций на неблагоприятные факторы и этим обеспечивают возможности трудовой и социальной активности [7].

Степень выраженности психических реакций определяется уровнем сохранности физиологических механизмов. Среди этих реакций большую роль играет эмоциональность и тревожность. От них во многом зависит психологическая адаптация. По уровню эмоций оценивается опасность ситуаций, а тревожность – фактор субъективной оценки возможностей человека по формированию механизмов защиты от вредных факторов.

В ответ на действие стресс-факторов личность изменяет свое поведение и делает

попытку направить усилия против стресса илинаподдержаниеустойчивостик нему[8]. Психическая напряженность накануне операции наложения аппарата и в первую неделю лечения, отмеченная всеми больными, является следствием стресс-реакции со всеми ее характерными компонентами: торможением в коре, возбуждением в подкорковых образованиях, дисфункцией эндокринных желез и сдвигами гомеостаза на всех уровнях [9]. Депрессия является общей реакцией организма на длительное воздействие сильного хронического стресса.

Вывод. Открывается перспектива оценки по психологическому состоянию активности репаративного процесса и степени социальной реабилитации пожилых и старых людей, больных остеопорозом и с переломами.

Список литературы

1. Василюк Ф.Е. Психология переживания. – М.: Наука, 1984. – 431 с.
2. Виллонас В.К. Психологические механизмы мотивации человека. – М.: Изд-во МГУ, 1990. – 288 с.
3. Волков В.Т., А.К. Стрелис, Е.В. Караваева. Личность пациента и болезнь. – Томск: Изд-во гос. ун-та, 1995. – 328 с.
4. Калмыкова Е.С., Е.А. Миско, Н.В. Тарабрина Особенности психотерапии посттравматического стресса // Психологический журн. – 2001. – № 3. – С. 70–80.
5. Кречмер Э. Медицинская психология. – СПб.: Союз, 1998. – 464 с.
6. Маньков Ю.У. Психофизиологические механизмы адаптации человека в пред- и послеоперационном периодах // Физиология человека. – 1990. – № 2. – С. 98–106.
7. Медведев В.И. Взаимодействие физиологических и психологических механизмов в процессе адаптации // Физиология человека. – 1998. – Т. 24, № 4. – С. 9–12.
8. Хвостова С.А. Психология личности больных с переломами костей на фоне остеопороза // Остеопороз и остеопатии. – 2005. – № 3. – С. 30–33.
9. Хвостова С.А. Изменение психофизиологических функций у больных остеопорозом при переломах. – Курган: КГУ, 2009. – 195 с.

Рецензенты:

Колпаков В.В., д.м.н., профессор, зав. кафедрой нормальной физиологии ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия Росздрава», г. Тюмень;

Астапенков Д.С., д.м.н., доцент кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития РФ, г. Челябинск;

Сентябрев Н.Н., д.б.н., профессор, профессор кафедры физиологии Волгоградской государственной академии физической культуры, г. Волгоград.

Работа поступила в редакцию 12.07.2011.