

УДК 159.9:61+616.89

РЕАЛЬНОЕ И ИДЕАЛЬНОЕ "Я" БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ И С ПЕРЕЛОМАМИ В ПРОЦЕССЕ ИХ РЕАБИЛИТАЦИИ

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>

Психологию личности больных остеопорозом изучали по тесту Т. Лири после переломов, во время лечения и в отдаленный период. В первые дни после перелома у больных преобладало состояние эмоциональной нестабильности. Соотношение различных компонентов содержания личности характеризовали: внутренняя противоречивость, нерешительность, податливость и непоследовательность. Больным была свойственна борьба мотивов самоутверждения в группе, а также озабоченность мнением окружающих о себе. Реальное и идеальное "Я" нередко вступали в конфликт, что служило внутренним побуждением к действию.

Остеопороз с его симптомами – болью и переломами, нередко сопутствующая инвалидность, вызывают реакцию со стороны личности в виде тревожной мнительности и угнетенного состояния (депрессии), слабодушия, отчаяния, страха за будущее, неудовлетворенность своим состоянием. Чем тяжелее выражен остеопороз, тем в большей мере изменяется личность, так как в основе каждой черты лежит свой, характерный для данного человека, тип процесса возбуждения в коре головного мозга. И, наоборот, стойкость личности в борьбе с болезнью повышает сопротивляемость организма, содействует реабилитации. Здесь велика роль помощи психолога [2]. Она необходима и после лечения, в процессе приобщения человека к полноценной жизни в социальном и трудовом аспектах [3].

Проведенные нами психологических исследований имели своей целью выяснить характер происходящих изменений личности, так как подобных исследований не проводилось.

Материал и методы

Наблюдения проведены у 480 людей в возрасте 60-75 лет, больных остеопорозом. Переломы лечили по методу Г.А.Илизарова. Тестирование проводили при поступлении, во время лечения и через

3-12 месяцев (в этом случае анкеты, которые высылали по месту жительства).

Диагностику межличностных отношений проводили по методике Т. Лири. Она рассчитана на выявление представления испытуемых о себе, своем реальном и идеальном "Я", отношения к самому себе, изучение особенностей межличностных отношений при общении с людьми и диапазона возможного конфликта с ними, так как окружающими больной часто воспринимается согласно идеальному «Я», а реальное «Я» обусловлено собственными проблемами, волнующими больного.

Опросник Т. Лири составлен соответственно типам поведения людей. При анализе материала наиболее часто выделяют два фактора: доминирование-подчинение и дружелюбие-агрессивность. Именно они определяют впечатление о человеке в процессах межличностного восприятия и отнесены к главным компонентам личности. Поведение члена группы (больного в палате) оценивается по двум переменным, анализ которых осуществляется в трехмерном пространстве, образованном тремя осями: доминирование-подчинение, дружелюбие-недружелюбие, эмоциональность-аналитичность. Взаимосвязь между количеством баллов в октанте и отношением больных к окружающим

людям характеризовалось следующим образом: показатели (от 0 до 16 баллов) по каждому из октантов переносили на психограмму. Заштриховывали отделенную линией внутреннюю часть октанта. Наиболее выделенные части соответствовали преобладающему стилю межличностных отношений данного индивида. Показатели, не выходящие за пределы 8 баллов, свойственны гармоничным личностям, а превышающие эту величину, свидетельствовали об акцентуации свойств. Баллы величиной 13-15 указывали на трудности социальной адаптации.

В качестве инструмента вычислений использован пакет статистического анализа и встроенные формулы расчетов компьютерной программы Microsoft® Office 2007 – Professional Runtime.

Результаты исследований

Состояние после травмы. При поступлении в клинику основным типом межличностного взаимодействия был «зависимый-послушный», характерной чертой которого является повышенная чувствительность к невниманию и грубости, привязанность к персоналу и стремление установить дружеские отношения с окружающими. Характерна неуверенность в себе, самокритичность, повышенная мнительность. Опасение за результат лечения лежит в основе мотивационной направленности, формирующей канву сверхкомфортности. В некоторых случаях выражена зависимость от окружающих (рис. 1, октант VI). Люди ориентированы на принятие себя окружающими и социальное одобрение. В конфликтных ситуациях характерно «избегание» подобных ситуаций (октант VII).

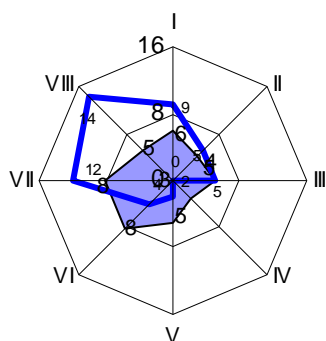
Период лечения перелома. Сложность данного периода достаточно четко отражалась на межличностных отношениях больных и приводила к выбору позиции с элементами агрессивности. Основной тип межличностных отношений – «агрессивный», при котором отчетливо проявляются элементы повышенной напряженности, что находило отражение в соматизации тревоги, психосоматических проявлениях симптомов со стороны печени, желчного пузыря и почек. Обнаруживалась выраженная ригидность установок, сочетаю-

щаяся с высокой спонтанностью реакций при недостаточной опоре на накопленный опыт в состоянии повышенного эмоционального настроения. Усилено чувство справедливости, сочетающееся с убежденностью в собственной правоте, повышенной обидчивостью, легко угасающей в комфортной ситуации. Наблюдалось заметное преобладание мотивации избегания неуспеха и низкой мотивации достижения. Отмечалась склонность к тому, чтобы при неудачах винить во всем себя. Люди болезненно сосредоточены на своих недостатках и проблемах. Для поведения характерна 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 возникали конфликты 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 I, VIII > 9). Из-за чрезмерной застенчивости наблюдается «защитное поведение» (III, V > 7). Больным была свойственна борьба мотивов самоутверждения и потребности в группе (III, V > 9), а также озабоченность мнением окружающих о себе (VI-VII > 9).

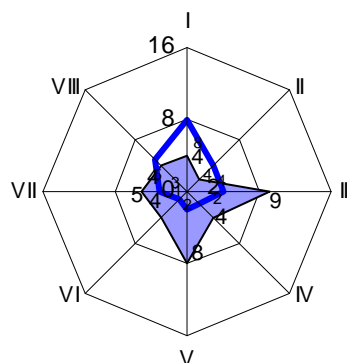
Уменьшение болевых ощущений приводило к появлению альтруистической направленности при взаимодействии с окружающими людьми, которая сочеталась с такими личностными особенностями, как выраженная потребность соответствия социальным нормам поведения. Склонность к идеализации наступившей гармонии, как следствия сращения перелома, приводило к экзальтации межличностных отношений. Появлялось стремление к деятельности, полезной для всех, проявлению милосердия (табл. 1). Отчетливо ощущалась склонность подчиняться людям более сильных духом без учета ситуации, а так-

же стремление найти опору в ком-либо более авторитетном. Появлялась трудность в интерперсональных контактах, вербальных реакциях из-за боязни плохого отношения. Повышался уровень зависимости

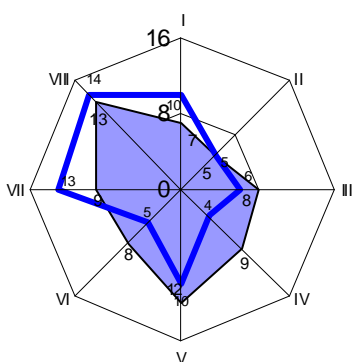
от окружающих людей, необходимость в признании, ожидалась помощь и советы. Больные стремились быть в одном русле с мнением окружающих, следовали правилам и принципам хорошего тона.



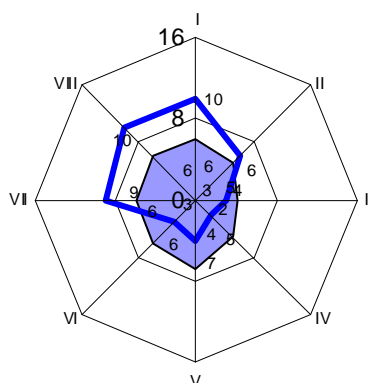
После травмы



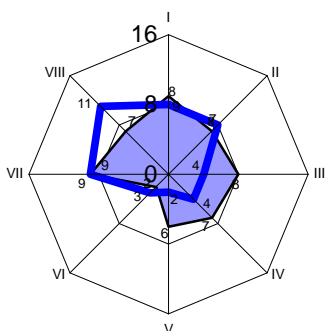
Во время лечения



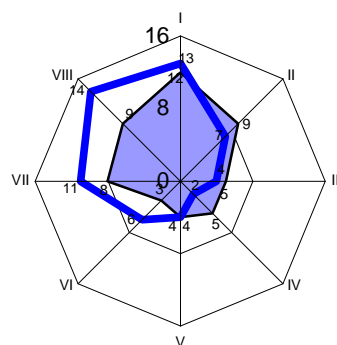
3 месяца после снятия аппарата



6 месяцев после снятия аппарата



9 месяцев после снятия аппарата



12 месяцев после снятия аппарата

Рис. 1. Изменение межличностных отношений больных остеопорозом в процессе лечения переломов по Илизарову.

Примечание: октанты пронумерованы по часовой стрелке. Закрашенная часть октантов – реальное "Я", обведенная линией – идеальное "Я".

Таблица 1. Психологические особенности и свойства личности больных остеопорозом и с переломами ($M \pm m$, n_1 и $n_2=102$)

Психологические тесты	При поступлении	Этапы лечения		Отдаленные результаты	
		7-й день	14-й день	6 месяцев	1 год
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 со-	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 при поступлении в клинику.

Через 3 месяца после завершения лечения. После возвращения домой все отметили улучшение межличностных отношений. Преобладающим типом взаимодействия становился «независимодоминирующий». Для него характерны черты эгоцентричности и завышенный уровень притязаний. Нередко мнение окружающих такие люди воспринимали кри-

тически, собственное мнение возводилось в ранг догмы и достаточно категорически отстаивалось. При эмоциях было мало тепла.

Определение состояния доминирования и дружелюбия проводилось по тесту Т. Лири. Расчет осуществляли по следующим формулам (в скобках указаны октанты):

$$\text{Доминирование} = (I-V) + 0,7 \times (VIII+II-IV-VI),$$

$$\text{дружелюбие} = (VII-III) + 0,7 \times (VIII-II-IV+VI).$$

Результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2. Основные факторы межличностных отношений по Т. Лири в процессе лечения больных остеопорозом и с переломами (M±m)

Название факторов	Норма	После травмы	Во время лечения	После снятия аппарата (месяцы)		
				3	6	9
Доминирование	0	5,1*±0,4	4,2*±0,2	2,2*±0,4	1,8*±0,1	1,3*±0,1
Друже-любие	26,2±1,1	17,1±1,2	9,3*±0,4	16,2±0,6	18,3*±0,5	5,9*±1,6

Примечание: знаком «*» обозначены данные, статистически достоверно ($p < 0,05$) отличающие от значений в норме.

Через 6 месяцев после завершения лечения. Основной направленностью в межличностных взаимоотношениях являлось компромиссное поведение (тип – «сотрудничающий – конвенциональный»), а также просматривалась неадекватность самооценки (переоценка и нетерпимость к критике). Поступки и высказывания иногда опережали их продуманность. Преобладала эмоциональная неустойчивость.

Через 9 месяцев после завершения лечения. Тип межличностных взаимоотношений – «властно-лидирующий», Выражена тенденция к спонтанной самореализации и активному воздействию на окружающих. Отмечалась зависимость самооценки от мнения других значимых людей и желание сотрудничать с ними. Характерен более широкий круг увлечений при некоторой их поверхностности. При критике в свой адрес легко зарождалось чувство враждебности. Выражена непосредственность и прямолинейность в высказываниях.

Через 12 месяцев после окончания лечения все показатели находились в пределах нормальных для этого возраста колебаний.

Обсуждение результатов

Сравнивая актуальное (реальное состояние больного) и идеальное представление о будущем образе своего «Я» мы выявили у больных остеопорозом в процессе лечения переломов очень существенные различия. Психическая напряженность перелома являлась следствием стресс-реакции со всеми ее характерными компонентами [4]. Поэтому больные переживали состояние эмоциональной не-

стабильности, тревожности, тоску и уход "в себя". Мы констатировали двигательное беспокойство, суетливость, нетерпеливость, раздражительность и несдержанность. Естественной первой и важнейшей причиной появления такого состояния являлось представление о возможных болевых ощущениях, так как боль - эффективный активатор эмоций [1]. Драйв избегания боли рассматривался нами как состояние беспомощности и наличия страха. Слабая степень выраженности его проявлялась в виде тревожного предчувствия и беспокойства до наложения аппарата и в процессе лечения. Страх активировал деятельность вегетативной нервной и сердечно-сосудистой систем, а также многих внутренних органов. Вместе с тем страх являлся составным элементом и самой значимой эмоцией в паттерне тревоги. Следствием переживания любой эмоции всегда являются физиологические изменения в организме. Они возникали в силу нарушения синтеза и метаболизма биогенных аминов. Перелом формировал, таким образом, весьма устойчивые депрессивные тенденции.

Эмоциональность зависит от соотношения процессов возбуждения и торможения (иррадиации и концентрации) в коре головного мозга и взаимосвязи коры и подкорковых образований (центральной ретикулярной формации), определяющих состояние функций соматической и эндокринной систем. Эмоциональная неустойчивость являлась симптомом расстройств личности - темперамента.

Повышенный уровень тревожности, эмоциональной неустойчивости и измене-

ния личностных характеристик свидетельствовали об усилении адаптационных механизмов, направленных на преодоление нежелательных отклонений. Это важно учитывать при выборе методов коррекции состояния больного с учетом его физиологических возможностей и степени осознания имеющихся проблем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Изард К.Э. Психология эмоций. СПб.: Питер, 1999. - 464 с.
2. Судаков К.В. // Бюлл. экспер. биол. и мед. 1997. № 2. С. 124.
3. Хвостова С.А. // Новые технологии в медицине: Материалы междунар. науч-практ. конф. Курган. 2000. Ч. 2. С. 95.
4. Хвостова С.А. // Проблема остеопороза в ортопедии и травматологии: Материалы науч-практ. конф. с междунар. участием. М.: ЦИТО. 2000. С. 54.

REAL AND IDEAL "EGO" OF OSTEOPOROSIS PATIENTS AND PATIENTS WITH FRACTURES IN REHABILITATION PROCESS

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 T. Leary before treatment, during treatment and in the long-term period. The condition of emotional instability prevailed in the patients the day before treatment. Correlation of the different components of personality content during treatment was characterized by the following: spontaneous conflicting evidence, hesitation, pliancy, inconsistency. Anxiety concerning the people of their circle opinion about themselves was characteristic of the patients as well as the conflict of the reasons of their selfaffirmation in the group. The real and ideal egos often conflicted, that was an inherent stimulus to action.