

© Группа авторов, 1999

Многофакторное исследование черт личности и типов акцентуаций характера больных ахондроплазией в процессе лечения по Илизарову

В.И. Шевцов, С.А. Мельникова, А.В. Попков, А.А. Свешников

Multifactorial study of personal features and types of character accentuations of patients with achondroplasia during treatment according to Ilizarov

V.I. Shevtsov, S.A. Melnikova, A.V. Popkov, A.A. Sveshnikov

Государственное учреждение науки

Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова, г. Курган
(генеральный директор — академик РАМТН д.м.н. профессор, заслуженный деятель науки РФ В.И. Шевцов)

В процессе лечения по Г.А. Илизарову 84 больных ахондроплазией изучали особенности характера и типы его акцентуаций по тестам Кэттелла и Шмишека. При дистракции обнаружено выраженное состояние эмоциональной нестабильности. В период фиксации выявлена тенденция к сглаживанию обостренных черт личности. После окончания лечения потребность в самоутверждении являлась причиной гиперответственности и дружелюбия. Отмечено снятие эмоциональной напряженности, существенное улучшение психологического статуса и "качества жизни". В целом динамика психологического состояния после лечения была положительной.

Ключевые слова: ахондроплазия, удлинение конечностей, психология медицинская.

Features of character and types of its accentuations were studied in 84 patients with achondroplasia by Cattell and Shmishek tests during treatment according to Ilizarov. Considerably marked condition of emotional instability was found in the period of distraction. A tendency towards smoothing heightened personal features over was found in the period of fixation. When treatment was over, 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.

Keywords: achondroplasia, limb elongation, psychology medical.

Возможности метода Илизарова по восстановлению пропорциональности частей тела у больных ахондроплазией создали реальную основу не только для биомеханической, но и социальной реабилитации. В процессе ее требуется тщательное изучение психологического состояния пациента для предупреждения эмоциональной дезадаптации и при необходимости - коррективки.

Оценивая функциональное состояние организма в процессе лечения больных, большинство врачей сосредоточивает внимание на определении физиологических параметров, забывая, что функциональное состояние - это комплекс процессов, в том числе и психологических. Любое изменение физиологических процессов всегда сопровождается психологическими сдвигами и, наоборот [1,2]. Так, на уровне физиологи-

ческих реакций отражается темперамент, состояние тревожности, ригидности (способности к перестройке поведения) и фрустрированности. Повышенный уровень тревожности может ускорить появление эмоциональной напряженности. В принципе любое увеличение значений психологических параметров отражается на поведении человека и сопровождается изменениями в органах и системах.

При использовании психологических тестов большую ценность может представлять выявление симптомов стресса - депрессии, заторможенности и фрустрации, которые могут ослаблять репаративный процесс [3-5].

В задачу нашего исследования входило изучение изменений психологического статуса больных ахондроплазией в процессе удлинения конечностей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Наблюдения проведены до лечения у 22-х больных в возрасте 6 - 14 лет, 32-х больных в процессе удлинения конечностей и 30 пациентов через 1 - 3 года после завершения лечения (анкеты для этого направляли по месту жительства). Контрольные данные получены у 22 здоровых сверстников.

Оценка психологического состояния больных проводилась по тестам Кэттелла и Шмише-

ка. Был создан вариант опросника (С.А. Мельникова, А.В. Попков, А.А. Свешников, 1996) применительно к задачам ортопедо-травматологической клиники. К анкете мы просили больных прикладывать письмо с самооценкой результатов лечения.

Статистическую обработку результатов проводили по критерию Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Многофакторное исследование черт личности. Методика для этого разработана англо-американским психологом Р. Кэттеллом. Он предложил задать 187 вопросов. При ответе на них невозможно ответить правильно или неправильно, так как они отражают лишь особенности проявления характера данного человека в различных ситуациях. Мы предупреждали больных, что не нужно стремиться к тому, чтобы ответы производили благоприятное впечатление. Просили не раздумывать, а записывать то, что пришло в голову. За минуту следовало ответить на три вопроса и завершить все ответы за 35 минут. По ним определяли 16 факторов черт личности, названных конституционными.

До операции. Преобладает конфликтность, неуступчивость, своенравность (Е), недоверчивость (G). Характерно внутреннее напряжение, подозрительность и раздражительность (рис. 1). Отмечена фиксация внимания на неудачах, осторожность в поступках и эгоцентризм (L); больные беспокойны, излишне внимательны к мелочам (M), полны тревоги, страха перед операцией, подавлены, ранимы, погружены в раздумья (O); подозрительны к новым людям, склонны к морализации (Q₁); самолюбивы, контролируют свои эмоции и поведение (Q₃); проявляют активность, несмотря на быструю утомляемость (Q₄).

Дистракция. Больные беспокойны, легко расстраиваются (C); верят в удачный исход лечения, отмечают значимость социальных контактов (F); неорганизованы, игнорируют обязанности (G); больные не уверены в своих силах, застенчивы, сдержанны, предпочитают находиться в тени (H); отчетливо выражено состояние внутреннего напряжения и подозрительность; осторожны в поступках, эгоцентричны, интересы обращены на самого себя (L); полны тревоги и впечатлительны (O); настроены критически, на веру ничего не принимают (Q₁); нуждаются в поддержке группы (больных), безынициативны (Q₂); следуют своим побуждениям, характерна повышенная мотивация (Q₄).

Фиксация. В это время отчетливо выражена тенденция к сглаживанию обостренных черт личности. Больные ведут себя естественно и непринужденно (фактор А), верят в успешное лечение и беспокоятся о состоянии своего здоровья (F); осторожны в поступках, эгоцентричны и внутренне напряжены (L); неуверены в себе. Беспокойны, впечатлительны и скрупулезны (O); на веру ничего не принимают, настроены критически (Q₁); нуждаются в поддержке, придерживаются мнения окружающих больных (Q₂).

Через 1 год после снятия аппарата. Продолжается дальнейшее ослабление эмоционального напряжения. Больные верят в хороший результат лечения, поддерживают мысль о значимости социальных контактов (фактор F); у них большое самомнение, интересы обращены на самих себя, эгоцентричны (L); впечатлительны, скрупулезны и ранимы (O); обнаружена повышенная мотивация (Q₄); выражено стремление вызвать сочувствие к себе (FB).

Через 2 года после снятия аппарата. Больные ведут себя открыто и непринужденно (фактор А); трезво смотрят на вещи, реально оценивают обстановку; сдержаны, спокойны (C); чувствительны, отзывчивы и импульсивны (H).

Через 3 года после снятия аппарата. Больные естественны (A); собраны, сообразительны, с абстрактным мышлением (фактор B); спокойны (C); настойчивы, ответственные, с чувством долга; соблюдают моральные правила и стандарты (G); отзывчивы и чувствительны (H); выражено стремление приукрасить себя (MD).

Вторичные факторы теста Кэттелла рассчитывали по следующим формулам:

1. Тревожность (F₁)

$$F_1 = [(38 + 2L + 30 + 4Q_4) - 2(C + H + Q_3)] : 10.$$
2. Интраверсия - экстраверсия (F₂)

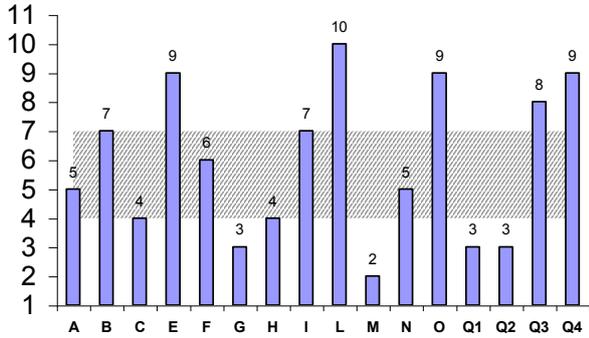
$$F_2 = [(2A + 3E + 4F + 5H) - (2Q_2 + 11)] : 10.$$
3. Чувствительность (F₃)

$$F_3 + [(77 + 2C + 2E + 2F + 2N) - (4A + 6I + 2M)] : 10.$$
4. Конформность (F₄)

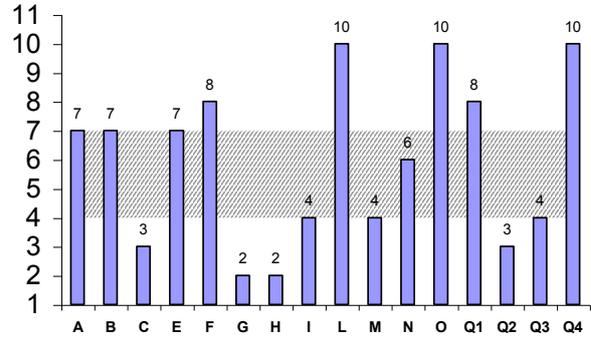
$$F_4 = [(4E + 3M + 4Q_1 + 4Q_2) - (3A + 3C)] : 10.$$

Полученные результаты отражены в таблице 1. Накануне операции тревожность (фактор F₁) была высокой. В период distraction происходило ее дальнейшее усиление. С переходом на

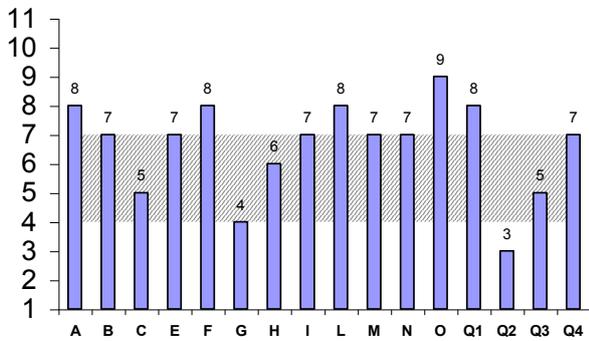
фиксацию отмечено уменьшение ее. В первые два года после снятия аппарата тревожность существенно снижалась, а на третьем - становилась низкой.



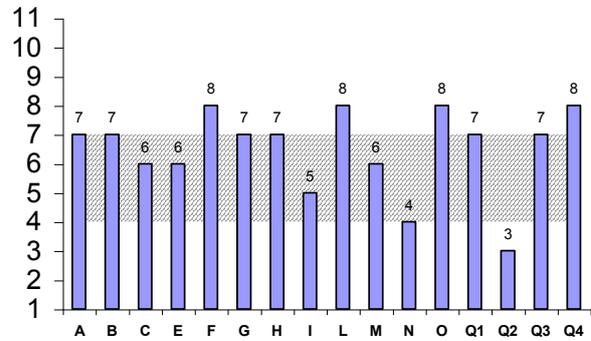
До операции



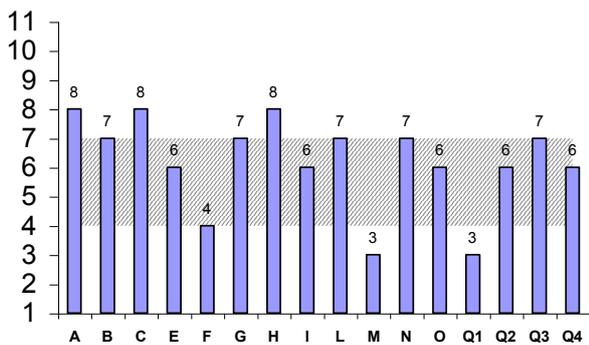
Дистракция



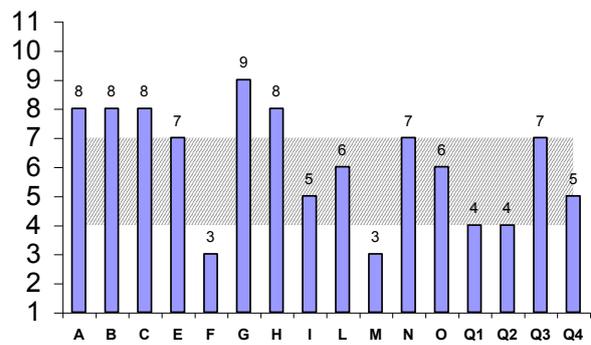
Фиксация



Через 1 год после снятия аппарата



Через 2 года после снятия аппарата



Через 3 года после снятия аппарата

Рис. 1. Факторы Кэттелла, характеризующие кратковременные изменения черт личности больных ахондроплазией в процессе лечения по Илизарову. Примечание: заштрихован предел колебаний в норме

Изменение вторичных факторов теста Кэттелла в процессе лечения больных ахондроплазией по Илизарову (M±m, n₁ и n₂ =22)

Фактор	Что означает фактор	Норма	Изменение показателей					
			До операции	Дистракция	Фиксация	После снятия аппарата (годы)		
						1	2	3
F ₁	Тревожность низкая	3,2±0,1	-	-	-	3,5±0,3 P>0,1	3,3±0,1 P>0,1	2,6±0,3 P>0,1
	Тревожность высокая	6,3±0,5	8,2±0,4 P<0,01	9,6±0,5 P<0,01	9,0±0,3 P<0,01	-	-	-
F ₂	Интраверсия	2,8±0,1	4,1±0,1 P<0,01	4,8±0,2 P<0,01	-	-	-	-
	Экстраверсия	5,9±0,4	-	-	7,4±0,2 P<0,001	8,8±0,3 P<0,001	9,0±0,9 P<0,001	9,2±0,5 P<0,001
F ₃	Чувствительность	3,2±0,2	4,2±0,2 P<0,05	4,8±0,2 P<0,01	4,9±0,1 P<0,01	-	-	-
	Уравновешенность	5,8±0,3	-	-	-	7,1±0,1 P<0,05	9,2±0,3 P<0,01	9,8±0,2 P<0,01
F ₄	Зависимость от группы	2,4±0,3	4,2±0,3 P<0,01	4,6±0,2 P<0,001	4,9±0,3 P<0,001	-	-	-
	Независимость от группы	6,4±0,4	-	-	-	8,2±0,3 P<0,05	8,8±0,4 P<0,01	9,1±0,3 P<0,001

Примечание: n₁ - данные у здоровых лиц; n₂ - у больных.

Накануне лечения для больных была характерна интраверсия (фактор F₂), в период дистракции она еще больше усиливалась. В конце фиксации появлялась тенденция к экстраверсии, которая в отдаленные сроки после снятия аппарата преобладала.

До лечения, в период дистракции и фиксации у больных была выражена чувствительность, а в отдаленные сроки преобладала уравновешенность.

В течение всего лечебного процесса выражена зависимость пациента от группы больных, которые находились рядом, и только в отдаленные сроки она уменьшалась.

В силу постоянного пребывания в палате, больным присуща робость, покорность, тревожность и сенситивность. Прослеживалась доверчивость, замкнутость и подозрительность. Уровень образования и культуры по причине того, что большинство больных живет в малонаселенных местностях, не имеет возможности нормально посещать школу, постепенно снижался. С возрастом этот процесс происходил еще быстрее, так как больные редко учатся дальше.

Типы акцентуаций черт личности. Опросник Х. Шмишека создан на основе концепции К. Леонгардта об "акцентуированных личностях". Последний автор считал, что присущие личности черты могут быть разделены на основные и дополнительные. Основные составляют ядро личности. При преувеличенном развитии (акценте) они становятся акцентуациями характера, а личности - "акцентуированными". Любая акцентуация характера не является сама по себе ни достоинством, ни недостатком. Они встречаются у 80% здоровых людей и могут быть заметны лишь близким, проявляются непо-

стоянно и могут сглаживаться, приближаться к норме.

У больных, при сочетании основных черт характера с приобретенными в течение жизни, может произойти ухудшение взаимоотношений с окружающими, в силу изменения личности. Внешние факторы модифицируют развитие характера на протяжении всей жизни. Хроническое влияние среды интенсивно подчеркивает одни компоненты личности и заглушает другие [7].

Х. Шмишек выделил 10 видов четко выраженных акцентуаций, каждая из которых предопределяет избирательную устойчивость человека к одним невзгодам при повышенной чувствительности к другим. В итоге могут возникать частые однотипные конфликты с определенными нервными сдвигами. В неблагоприятных условиях акцентуированная личность реагирует неадекватно: повышается общее эмоциональное напряжение, и человек становится уязвимым в ссорах.

Имеются взрослый и детский варианты опросника. В соответствии с выделенными К. Леонгардтом 10-ю типами акцентуаций личности в опроснике Х. Шмишека 10 шкал и 88 вопросов. Акцентуации разделены на типы характера (демонстративный, застревающий, педантичный, возбудимый) и темпераменты (гипертимический, дистимический, тревожно-бояливый, циклотимический, эмотивный, аффективный).

Среди взрослых и детей, больных ахондроплазией, чаще встречались следующие акцентуации с их характерными чертами (табл. 2): 1) застревающий (умеренная общительность, неразговорчивость, настороженность, недовер-

чивость, чувствительность к обидам и огорчениям; больные уязвимы, подозрительны, с трудом отходят от обид, заносчивы, самонадеянны, ревнивы); 2) эмотивный - эмоциональный (характерна эмоциональность, чувствительность, тревожность, боязливость, гуманность, отзывчивость, впечатлительность и слезливость; редко вступают в конфликты; таким личностям свойственно чувство долга и исполнительность; подростки остро реагируют на сцены из фильмов, где есть опасность и насилие); 3) среди взрослых нередко встречался и педантичный тип (инертность психических процессов, редко вступают в конфликты, пунктуальны, аккуратны, брюзжат, формалисты). У детей этот тип акцентуаций не отмечен.

В два раза реже встречались: 4) возбудимый тип (недостаточная управляемость собой, повышенная импульсивность, грубость, угрюмость, гневливость, склонность к брани, к трениям и конфликтам, провоцируемым ими самими; раздражительность, вспыльчивость, неуживчивость среди больных; низкая контактность в общении, для общения выбирают наиболее слабых; нежелание учиться.); 5) дистимический (люди отличаются серьезностью, подавленностью настроения, медлительностью и слабой

волей; характерна заниженная самооценка, низкая контактность, немногословность и молчаливость; домоседы, индивидуалисты, ведут замкнутый образ жизни, часто угрюмы и заторможены; у них замедленное мышление; добросовестны, с обостренным чувством справедливости); 6) тревожно-боязливый (низкая контактность, робость, пугливость, неуверенность в себе; дети тревожного типа часто боятся темноты и животных, страшатся оставаться одни; робки и застенчивы; тяжело переносят контрольные работы с учителями; у них рано формируется чувство долга, ответственности, высокие моральные и этические требования; редко вступают в конфликты, дружелюбны и исполнительны); 7) циклотимический (частые смены настроения, зависимость от внешних событий).

В период дистракции акцентуации усиливаются как у взрослых, так и у детей. Во время фиксации отмечена тенденция к их ослаблению, но наиболее заметно снижение их яркости через 2-3 года после снятия аппарата.

Яркость акцентуаций кратковременно изменялась при наличии осложнений и тугоподвижности суставов.

Таблица 2.

Изменение яркости акцентуаций (баллы) в процессе удлинения конечностей у больных ахондроплазией (M±m)

Тип акцентуации	Число больных	До операции n=22	Дистракция n=32	Фиксация n=32	После снятия аппарата (годы)		
					1 (n=30)	2 (n=30)	3 (n=30)
Возраст 16 - 19 лет (норма - 16,3±0,2)							
Демонстративный	-	-	-	-	-	-	-
Застравающий	15	20±0,3 P<0,001	24±0,5 P<0,001	22±0,4 P<0,001	20±0,3 P<0,01	18±0,2 P>0,05	16±0,1 P>0,1
Педантичный	10	19±0,4 P<0,01	24±0,3 P<0,001	21±0,2 P<0,001	20±0,5 P<0,01	20±0,3 P<0,05	14±0,2 P<0,01
Возбудимый	5	19±0,2 P<0,01	22±0,4 P<0,001	21±0,5 P<0,001	19±0,3 P<0,05	17±0,2 P>0,1	16±0,2 P>0,1
Гипертимический	-	-	-	-	-	-	-
Дистимический	6	19±0,3 P<0,01	22±0,5 P<0,001	21±0,3 P<0,001	21±0,4 P<0,01	19±0,3 P<0,05	16±0,2 P>0,1
Тревожный	4	19±0,4 P<0,01	22±0,3 P<0,001	21±0,2 P<0,001	20±0,4 P<0,01	19±0,5 P<0,05	14±0,2 P<0,01
Циклотимический	4	18±0,3 P<0,05	22±0,4 P<0,001	21±0,2 P<0,001	19±0,3 P<0,05	17±0,1 P>0,1	14±0,1 P<0,01
Эмотивный	14	20±0,4 P<0,01	24±0,2 P<0,001	21±0,3 P<0,001	20±0,2 P<0,01	19±0,2 P<0,05	15±0,3 P<0,05
Аффективный	-	-	-	-	-	-	-
Возраст 12 - 15 лет (норма 17,4±0,2)							
Демонстративный	-	-	-	-	-	-	-
Застравающий	14	20±0,4 P<0,01	24±0,5 P<0,001	20±0,4 P<0,01	20±0,3 P<0,01	18±0,3 P<0,05	15±0,2 P<0,05
Педантичный	-	-	-	-	-	-	-
Возбудимый	9	19±0,1 P<0,05	20±0,2 P<0,01	21±0,3 P<0,01	17±0,4 P>0,1	16±0,3 P>0,1	16±0,1 P>0,1
Гипертимный	-	-	-	-	-	-	-
Дистимический	-	-	-	-	-	-	-
Тревожный	9	19±0,3 P<0,05	21±0,5 P<0,01	19±0,4 P<0,05	19±0,2 P<0,05	17±0,3 P>0,1	14±0,1 P<0,01
Циклотимический	-	-	-	-	-	-	-
Эмотивный	15	20±0,4 P<0,01	21±0,4 P<0,01	17±0,2 P>0,1	21±0,4 P<0,01	19±0,3 P<0,05	15±0,2 P<0,05
Аффективный	-	-	-	-	-	-	-

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

На основании проведенных исследований установлено, что для больных ахондроплазией характерны: конфликтность, ранимость, тревожность, депрессивность, значимость социаль-

ных контактов и готовность к сотрудничеству. Выявлена высокая степень выраженности авторитарности, деспотичности, чувства одиночества, а для ответственного типа межличностных

отношений была типична экстремальная степень. Потребность в самоутверждении являлась причиной гиперответственности и высокой степени дружелюбия. Но для признания в обществе необходимо, чтобы тебя "заметили". Поэтому больные старались неосознанно обратить на себя внимание большой активностью, подвижностью. Такое поведение присуще и взрослым маленького роста.

Выраженность в характере таких психологических черт, как враждебность, деспотия, а также взаимоисключающих факторов (конфликтность, с одной стороны, и готовность к сотрудничеству, с другой) являлась своеобразной защитной реакцией и отражала высокое внутреннее напряжение нервных процессов.

Непосредственно перед операцией все из оперированных больных переживали состояние эмоциональной нестабильности. Они указали, что временами испытывают тревожность, тоску и уход "в себя". Врачи констатировали двигательное беспокойство, суетливость, нетерпеливость, раздражительность и несдержанность.

Все это говорит о заниженности субъективной оценки своих возможностей. Заболевание (ахондроплазия) формирует, таким образом, весьма устойчивые депрессивные тенденции, гиперактуализацию переживаний. Психическая напряженность накануне операции и в процессе лечения, отмеченная всеми больными, являлась следствием стресс-реакции с ее характерными компонентами - дисфункцией эндокринных желез и сдвигами гомеостаза на всех уровнях [1]. Депрессия являлась общей реакцией организма на длительное воздействие сильного хронического стресса.

Клинически после операции для психологического состояния больных были характерны повышенная раздражительность, эмоциональная неустойчивость, нарушение сна, лабильность,

пониженное настроение, повышенная утомляемость, сниженная работоспособность. Была свойственна фрустрация (сочетание подавленного настроения с напряжением и тревогой). Тревожность приводила к появлению ипохондрии и депрессии. Отчетливо выражена гиперактуализация переживаний, связанных с лечебным процессом. Типична низкая самооценка. Больным на этом этапе уже несвойственно чувство одиночества, так как они нередко контактируют с находящимися рядом родителями, которые их всячески опекают и поддерживают.

В процессе удлинения конечностей у больных ахондроплазией происходило существенное улучшение "качества жизни" и психологического статуса [4-6]. Отмечено снятие эмоциональной напряженности.

В ответ на действие стресс-факторов изменялись личностные характеристики поведения с целью направить усилия против стресса и поддержать устойчивость к нему. В итоге динамика психологического состояния после проведенного лечения была положительной.

Исходя из результатов исследования, открывается перспектива выяснения единства физиологических и психологических компонентов адаптационного синдрома, способствующих сохранению гомеостаза и возможности оценки влияния по психологическим параметрам активности репаративного процесса и социальной реабилитации больных. Психологические тесты неинвазивны, необременительны для больных. Стоимость таких исследований невысокая.

Оценка степени выраженности эмоциональных расстройств, выделение ведущих функциональных нарушений психологического статуса больных до лечения и после длительного лечебного процесса представляет большой практический интерес.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Г.С. Введение в практическую психологию. - М., 1994.
2. Мельникова С.А. Психологическое состояние и свойства личности больных ахондроплазией // Тез. докл. 30-й юбилейной конф. врачей. - Курган, 1998. - С. 171 - 172.
3. Мельникова С.А. "Качество жизни" больных ахондроплазией // Тез. докл. II фестиваля-конкурса молодежи. - Курган, 1999. - С. 48.
4. Мельникова С.А., Попков А.В., Свешников А.А. Характерные психологические и личностные показатели состояния больных ахондроплазией в процессе удлинения конечностей // Сб. науч. работ, посвящ. 70-летию Г.С. Юмашева. - 1999. - С. 136 - 138.
5. Мельникова С.А., Попков А.В., Свешников А.А. Оценка психологического состояния больных ахондроплазией при удлинении конечностей методом чрескостного остеосинтеза // Тез. докл. Российского национального конгресса "Человек и его здоровье". - СПб., 1999. - С. 232.
6. Мельникова С.А., Попков А.В., Свешников А.А. Психологические и личностные критерии состояния больных ахондроплазией при удлинении конечностей по Илизарову // Гений ортопедии. - 1999. - № 3. - С. 88-93.
7. Кречмер Э. Медицинская психология. - СПб.: Союз. - 1998. - 464 с.

Рукопись поступила 20.09.99.