

© Группа авторов, 2000

Состояние ситуационной тревожности, стиль выхода из конфликтных ситуаций и представление больных ахондроплазией о себе в процессе удлинения конечностей

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

A condition of situational alarm, a style of way out of dispute situations and a notion of achondroplasts of themselves in the process of limb elongation

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)

По тестам Спилберга, Томаса и Стефенсона изучали состояние ситуационной тревожности, стиль поведения и представление о себе больных ахондроплазией в процессе удлинения конечностей. На дистракции тревожность была высокой, менялось содержание элементов тревожного ряда - преобладало ощущение собственно тревоги и внутренней напряженности. Отмечены элементы нерешительности, уклончивости и астеничности. На фиксации тревожность была умеренной. Через два года после снятия аппарата - низкой. Для стиля поведения больных в процессе лечения были типичными компромисс, избегание трудных ситуаций и приспособление к окружающим.

Ключевые слова: ахондроплазия, удлинение конечности, психология медицинская.

A notion of achondroplasts of themselves in the process of limb elongation was studied by Spielberger', Thomas' and Stephenson tests as well as a condition of situational alarm, a style of way out of dispute situations. During distraction the alarm was high, elements of alarm series changed – sensation of proper alarm and inside tension prevailed. There were noted elements of hesitation, evasiveness and asthenia. The alarm was moderate during fixation. It was low in 2 years after the apparatus removal. Compromise as well as avoidance of difficult situations and adaptation to surroundings was typical of patients' style of behaviour in the process of treatment.

Keywords: achondroplasia, elongation, transosseous osteosynthesis, medical psychology.

Ахондроплазия является не таким уж и редким заболеванием (частота среди новорожденных колеблется от 1:26000 до 1:100000). В процессе лечения, на каждом этапе которого происходило растяжение тканей, создававшее стрессовую ситуацию в течение нескольких месяцев, больные отмечали напряжение мышц и болевой синдром, симптомы эмоционального стресса, а иногда и психосоматические реакции: повышение АД, изменения функций желудочно-кишечного тракта и мочевыводящей системы. Выявлены акцентуации характера [6]. Стрессовая ситуация активирует регуляторные механизмы. В условиях лечения они проявляются в характерных способах восприятия, переживания, в том числе и приспособительного поведения [1].

Изменение психологических реакций при удлинении конечности повышало эффективность лечебного процесса и за счет включения механизмов адаптации к необычным условиям [2, 4]. Эти механизмы регулируются под влиянием личностных мотивов: необходимости удлинения для улучшения самообслуживания, увеличения роста, перспективы получить образование, стать профессионально пригодным. Важна субъективная оценка трудностей лечения и достигнутого конечного результата [3].

В задачу исследования входило изучение ситуационной тревожности у больных ахондроплазией, стиля поведения при общении с больными и персоналом и представления их о себе в процессе лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Патогенетических способов лечения ахондроплазии нет. Поэтому наше внимание было сосредоточено на симптоматических ортопедических мероприятиях в плане реабилитации больных. Наиболее эффективным методом реабилитации является чрескостный остеосинтез по Г.А. Илизарову.

Наблюдения проведены за 22 больными в возрасте 17-23 лет.

Для характеристики ситуационной тревожности использовали методику Спилберга [8], стиль поведения оценивали по К.Томасу, мнение больных о себе и окружающих устанавливали по тесту В.Стефенсона под названием "Q-сортировка" [9].

Больные отвечали на анкету, созданную применительно к задачам ортопедо-травматологической клиники [4]. Она имела следующие шкалы: 1) мотивация необходимо-

сти лечения; 2) результаты контрольного и окончательного этапов обследования; 3) психо-эмоциональное состояние (тревожность, тоска, депрессия и т.д.) накануне операции и в процессе реабилитации; 4) характер и периоды лечения, отношение к нему; 5) ожидаемый результат; 6) удовлетворенность лечением. Пациенты сообщали также сведения о характере болевых ощущений, отношении к приему обезболивающих средств, уходе за ними в стационаре, давали оценку вида своих конечностей, отмечали свое поведение в случае осложнений. Высказывали суждение о том, что необходимо сделать, изменить, чтобы пребывание в стационаре было максимально благоприятным для лечения. Характеризовали психологическое состояние в конце лечения и новое "качество" своей жизни. Мы изучали также "самоотчеты" больных (письма от тех, кто лечился давно).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Предстоящее удлинение становилось основным, о чем думали больные, преобладающим в переживаниях. Особенно существенными были слова "операция", "аппарат", "дистракция", "фиксация", "регенерат".

Эффективными словесными раздражителями были: "нормальная или ослабленная регенерация", "длина регенерата", "перемонтаж аппарата", "удаление спиц". Из слов социального характера наиболее эмоциональным было слово "деньги". Наиболее распространенным вариантом ответа на все значимые раздражители являлись слова "удлинение" и "снятие аппарата".

Исследование тревожности. Врачи ортопеды-травматологи чаще сталкиваются с ситуационной (временной, реактивной) тревожностью, возникающей до и после операции, во время периода дистракции и фиксации, в случае осложнений. Тревога появлялась как эмоциональная реакция на стресс (растяжение тканей), была разной по интенсивности и продолжительности.

До операции больным ахондроплазией присуща умеренная выраженность (39 ± 3 балла) личностной тревожности и высокий уровень ($42,6 \pm 3,9$ балла) - ситуационной (табл. 1). Ситуационная тревога включала все элементы от ощущения внутренней напряженности до тревожно-боязливой возбуждения.

В начале дистракции тревожность более высокая и для нее характерно беспокойство за ход регенерации и удлинения в целом, неуверенность в возможностях своего организма, снижение претензий и побуждающих к действию мотивов. Завышенная оценка своих требований

часто служила в палате источником дополнительной эмоциональной напряженности и длительных отрицательных эмоций на дистракции. Менялось содержание элементов тревожного ряда – преобладало ощущение собственно тревоги и внутренней напряженности. В большей степени тревожность снижалась и становилась умеренной на фиксации. Для этого этапа лечения характерна оптимистическая оценка лечения. В течение первого года после снятия аппарата существенных изменений не происходило. По-прежнему отчетливо было выражено чувство удовлетворенности лечением, уверенности в себе, большая активность при легкой утомляемости. Больные выражали сочувствие тем, кто еще лечится, и поддерживали их. При наличии осложнений после лечения отмечались депрессивные тенденции в сочетании с раздражительностью, ощущением утомляемости и апатии. На втором и третьем годах после снятия аппарата тревожность становилась низкой (табл. 1).

Исследование стиля поведения, личностной предрасположенности к конфликтному поведению и путей выхода из него. Цель исследования – определить, какие формы поведения в конфликтной ситуации характерны для данного больного, как стимулировать его продуктивное поведение. Тип реакции в процессе взаимодействия с больными и персоналом основывается по К. Томасу на двух стилях поведения: кооперации, связанной со степенью внимания к интересам других больных, и напористости в защите собственных интересов.

Наиболее частыми формами выхода из труд-

ных ситуаций, которые использовали больные ахондроплазией в процессе лечения, были компромисс, избегание сложных ситуаций и приспособление к окружающим больным (табл. 2). Приспособление чаще использовалось до операции, когда требовалось взаимно удовлетворяющее решение. При компромиссе ситуация разрешалась путем взаимных уступок, принималось решение, устраивающее обе стороны. От такого исхода никто ничего не терял. Больные старались не спорить, не вступать в дискуссию, не придавали значения разногласиям, считая, что спорить не из-за чего. Такой способ был особенно необходим на дистракции. После дистракции и фиксации число случаев приспособления уменьшалось.

Соревнование и сотрудничество в процессе взаимодействия больных с окружающими встречались намного реже. Только на втором и третьем годах после окончания лечения их число возросло. При соревновании разрешение конфликта происходило в пользу одного из больных, в ущерб другим. В условиях сотрудничества удовлетворение интересов обеих сторон осуществлялось путем установления хороших отношений, сглаживания разногласий. Больные

стремились не касаться спорных вопросов и поддерживать другую сторону в конфликте.

Мнение больных о себе и окружающих их лицах. Больные получали представление о том, какими видят их окружающие, включая и персонал. Нами проанализировано 6 тенденций поведения: зависимость - независимость, общительность - необщительность, принятие - уклонение от "борьбы". Подсчитывали частоту проявления каждой тенденции (табл. 3).

Во время дистракции возрастала зависимость больного от окружающих. На фиксации - начинала снижаться. Особенно интенсивно этот процесс происходил после снятия аппарата. Тенденция к независимости от группы начинала уменьшаться на фиксации и была особенно заметна через 3 года после снятия аппарата.

Общительность больных в процессе лечения непрерывно, начиная с дистракции, нарастала и была наибольшей после завершения лечения. Противоположное состояние - необщительность - снижалась.

Степень участия больного в принятии "борьбы" существенно уменьшалась на дистракции и фиксации. После снятия аппарата - приближалась к норме.

Таблица 1.

Состояние ситуационной тревожности (баллы) в процессе лечения больных ахондроплазией ($M \pm m$)

Тревожность	Степень тревожности	У здоровых людей n=20	До операции n=22	Дистракция n=22	Фиксация n=22	После снятия аппарата (годы)		
						1 n=22	2 n=19	3 n=17
Ситуационная	Высокая	-	42,6±3,9 P<0,001	61±6,4 P<0,001	-	-	-	-
	Умеренная	36±3,2	-	-	39±5,6 P>0,1	36±3,0 P>0,1	-	-
	Низкая	-	-	-	-	-	30±2,1 P>0,1	21±2,0 P<0,05

Таблица 2.

Частота (баллы) использования больными ахондроплазией наиболее типичных способов выхода из конфликтных ситуаций ($M \pm m$)

Способ выхода из конфликта	Норма	До операции n=22	Дистракция n=22	Фиксация n=22	После снятия аппарата (годы)		
					1 n=22	2 n=19	3 n=17
Соревнование (соперничество)	16±0,2	10±0,1 P<0,001	7±0,1 P<0,001	7±0,1 P<0,001	11±0,2 P<0,001	12±0,4 P<0,01	13±0,5 P<0,05
Сотрудничество	16±0,4	15±0,2 P>0,1	7±0,2 P<0,001	7±0,1 P<0,001	10±0,2 P<0,001	18±0,4 P<0,05	21±0,5 P<0,01
Компромисс	25±1,3	28±1,4 P>0,1	42±2,8 P<0,001	36±2,9 P<0,001	32±2,2 P<0,01	26±1,7 P>0,1	23±1,6 P>0,1
Избегание (уход)	26±2,2	27±2,8 P>0,1	37±3,0 P<0,001	40±3,5 P<0,001	31±2,9 P<0,001	27±2,8 P>0,1	27±2,2 P>0,1
Приспособление	17±1,3	20±1,8 P>0,1	7±0,1 P<0,001	10±0,2 P<0,001	14±0,3 P>0,1	17±0,5 P>0,1	16±0,4 P>0,1

Таблица 3.

Изменение показателей теста "Q-сортировка" (баллы) в процессе лечения больных ахондроплазией по Илизарову (M±m)

Тенденция поведения	Норма	До операции n=22	Дистракция n=22	Фиксация n=22	После снятия аппарата (годы)		
					1 n=22	2 n=19	3 n=17
Зависимость	4±0,03	11±0,9 P<0,001	15±0,9 P<0,001	13±0,7 P<0,001	11±0,9 P<0,001	8±0,2 P<0,001	5±0,1 P<0,05
Независимость	17±0,8	5±0,06 P<0,001	3±0,04 P<0,001	4±0,03 P<0,001	8±0,3 P<0,001	9±0,3 P<0,001	15±0,6 P>0,1
Общительность	21±1,1	6±0,08 P<0,001	13±1,0 P<0,001	15±0,9 P<0,001	16±1,0 P<0,001	17±0,9 P<0,001	19±1,2 P>0,1
Необщительность	2±0,03	12±0,4 P<0,001	7±0,08 P<0,001	5±0,06 P<0,001	5±0,03 P<0,001	4±0,03 P<0,001	3±0,02 P<0,05
Принятие "борьбы"	15±0,7	6±0,05 P<0,001	3±0,03 P<0,001	4±0,06 P<0,001	8±0,06 P<0,001	10±0,3 P<0,001	13±0,07 P>0,05
Избегание "борьбы"	5±0,07	11±0,7 P<0,001	16±0,9 P<0,001	12±0,8 P<0,001	10±0,6 P<0,001	9±0,1 P<0,001	7±0,08 P<0,05

Избегание "борьбы" в наибольшей мере заметно на дистракции. На фиксации этот показатель уменьшался, а после снятия аппарата происходило существенное снижение и приближение его к норме.

Выраженная зависимость больного от окружающих лиц понималась нами как внутреннее стремление индивида к принятию норм поведения других больных и персонала. Стремление к общительности свидетельствовало о желании контактировать, поддерживать эмоциональные связи с больными и персоналом. Но в спорах между собой больные уклонялись от "борьбы", стремились сохранить нейтралитет и принять компромиссное решение. Тенденцию к принятию "борьбы" мы рассматривали как стремление больного участвовать в обсуждении проблем других больных, к достижению более высокого статуса в системе межличностных отношений.

Близкое число баллов по противоположным тенденциям (например, избегания "борьбы" на первом и втором годах после снятия аппарата) говорит о наличии внутреннего конфликта личности, которая находилась во власти одинаково выраженных противоположных тенденций. На дистракции и фиксации иногда встречались ответы типа "сомневаюсь" в правильности ответа в пределах одной тенденции, которые свидетельствовали о нерешительности, уклончивости, астеничности, иногда об избирательности поведения, тактической гибкости.

Усиления механизмов адаптации в наших исследованиях больные достигали за счет снижения уровня тревоги следующими путями:

1. Построения системы взглядов о сроке, активности репаративного процесса и эффективности удлинения. Словами это выражалось таким образом: "Я долго думала о необ-

ходимости удлинения", "Самое худшее, что может случиться в результате удлинения - недостаточность его и разочарование в исходе и полезности приезда на операцию и удлинение".

2. Суждений, объясняющих боязнь удлинения: "Хотелось бы меньше волноваться перед операцией и удлинением, но тревогу все-таки ощущаю постоянно. Надеюсь на большой опыт врачей клиники Илизарова и удачный исход лечения".
3. Высказывания надежд в отношении улучшения состояния после удлинения конечностей: "Врачи здесь, в клинике Илизарова, очень много вылечили таких больных, как я, и ошибка в тактике лечебного процесса фактически исключена".
4. Перенесения повышенного уровня тревоги на размышления о дистракции и фиксации, течение костеобразования и его длительность: "Будет плохо, если дистракция будет длительной. Хорошо, если бы она завершилась быстро, а на фиксации уже будет легче. После этого можно будет уверенно ходить".

Эти четыре способа обеспечивали возможность уменьшения тревоги и отражались на характере поведения больных. У некоторых из них эти тенденции сопровождалась большей поглощенностью лечебным процессом, повышенным вниманием к своему состоянию, что усложняло процесс общения врача с больным.

При ощущении тревоги и отрицательных эмоциях, обусловленных межличностными отношениями с другими больными и нарушением коммуникативных связей, возникало излишне критическое, а иногда и недружелюбное отношение к соседям по палате, персоналу и родственникам. В итоге усиливался уровень тревоги и

снижалась эффективность адаптации. В таких случаях снижение тревоги достигалось больными за счет:

1. Общения с членами семьи и родственниками, что способствовало достижению оптимальной адаптации к условиям лечебного процесса.
2. Доверительных отношений с лечащим врачом. Они положительно сказывались на психологическом статусе больных. Больные так характеризовали эту ситуацию: "В моем лечении велика роль моральной поддержки со стороны лечащего врача. Моим идеалом является такой-то врач".
3. Формирования суждения, объясняющего причины тревоги, а также прогнозирования итогов лечения. Это находило отражение в следующих высказываниях: "Мои знания о сущности репаративного процесса при удли-

нении конечностей невелики, поэтому стремлюсь что-то почитать и узнать". "При уточнении деталей лечебного процесса мне не удалось узнать у врача чего-либо нового".

4. Создания жизнеутверждающей модели своего отношения к учебе или к работе: "Думаю, что следует лучше учиться и затем поступить в учебное заведение". "Часто размышляю о работе и полон решимости выполнять ее в дальнейшем еще лучше".
5. Создания концепции иного отношения к жизни и к целям ее: "Будущее представляется мне всегда лучшим в социальном плане". "Мне хотелось бы забыть о сегодняшних трудностях".

Указанные способы уменьшения тревоги отражались на поведении больных, стабильности их позиции и постоянстве жизненных установок.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Тревожность – показатель субъективной оценки человеком возможностей формирования механизмов защиты от стресс-факторов. Степень выраженности этих механизмов во многом определяет состояние психологической адаптации. В норме каждому человеку свойственен определенный уровень так называемой полезной тревожности – устойчивого личностного качества. Усиление тревоги ведет к включению или усилению интенсивности адаптации, то есть психической активности, для преодоления стрессового воздействия и овладения ситуацией. Уменьшение тревоги говорит об адекватности реализуемых форм поведения и эффективности адаптации.

Ситуационная или реактивная тревожность проявляется озабоченностью, нервозностью, беспокойством и напряжением. Тревога рождает чувство вины и страха. Состояние тревоги тесно связано с развитием психосоматических проявлений. У человека, переживающего эмоцию, изменяется электрическая активность мышц лица, мозга, функциональное состояние кровеносной и дыхательной систем [8]. Эмоции активируют вегетативную нервную систему, которая в свою очередь воздействует на эндокринную и нервно-гуморальную системы. При страхе учащен пульс, прерывистое дыхание, дрожат руки, ноги становятся ватными. При гнев гулко бьется сердце, кровь приливает к лицу, мышцы напряжены. Тревога и депрессия влияют на иммунную систему и снижают сопротивляемость болезням. Об этом приходится говорить потому, что чем больше в жизни отрицательных эмоций, тем ниже уровень самооценки.

Динамика тревожности свидетельствует о возможном влиянии ее на включение адаптаци-

онных механизмов и повышение интенсивности их действия, улучшение сбалансированности за счет изменения поведения. Работу эмоциональной системы обеспечивает ретикулярная формация ствола мозга, которая регулирует механизмы защиты от стресса, уровень нейронной импульсации и состояние эндокринной системы [8]. Каждая личностная черта имеет в своей основе свой тип возбуждения в коре головного мозга. Эмоции возникают как результат нейрофизиологических процессов. Это находило выражение в повышении систолического АД до 130 ± 5 мм рт. ст. и учащении пульса. Преобладает тонус симпатической нервной системы над парасимпатической [5]. На это указывают значения индекса Кердо (соответственно 1,70 и 18,6, $P < 0,05$). При тягостных переживаниях мышцы расслаблены. Больше вырабатывается адреналина, чем норадреналина [1].

Усиление адаптационных механизмов при сравнительно низкой тревоге направлено на преодоление препятствий. При повышенной тревоге механизмы направлены на защиту личности, что служит указанием на недостаточные возможности для преодоления стресс-реакции, связанной с лечебным процессом. Обо всем этом говорят данные фактора Q теста Кэттелла [6].

Высокий уровень тревоги, характерный для дистракции и фиксации, сопровождается адаптационными нарушениями в виде изменения поведения и фрустрационных реакций. В это время больные часто берут вину на себя, но при этом ищут и оправдания. Такая реакция свидетельствует о слабом "Я", отсутствии умения найти адекватный выход из трудных ситуаций, когда больному трудно переносить состояние

фрустрации без снижения уровня своего психического состояния, что находит отражение в вербальных и поведенческих реакциях [7]. После снятия аппарата тревога уменьшается, воз-

растают адаптационные ресурсы, поэтому больше сила "Я", типично стремление переложить на кого-либо необходимость решения некоторых личных вопросов.

ВЫВОДЫ

1. На дистракции и фиксации усиливается ситуационная тревога. Обусловлена она проявлениями фрустрации, измененными физиологическими параметрами. При определенной интенсивности тревога лежит в основе развития отдельных признаков нарушения адаптации. Дезадаптации способствуют опасения больного, что результат лечения окажется недостаточным.

2. При тревоге включаются психофизиологи-

ческие механизмы адаптационной защиты, обеспечивающие приспособительный эффект к условиям стресса.

3. Для преодоления стрессовых воздействий эффективными были и индивидуальные вербальные схемы психической активности, создававшиеся больными, а также перенесение ими тревоги в область межличностных отношений и коммуникативных связей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маньков Ю.У. Психофизиологические механизмы адаптации человека в пред- и послеоперационном периодах // Физиология человека. - 1990. - № 2. - С. 98-106.
2. Мельникова С.А., Попков А.В., Свешников А.А. Оценка психологического состояния больных ахондроплазией при удлинении конечностей методом чрескостного остеосинтеза // Человек и его здоровье: Материалы Российского национального конгресса. - СПб., 1999. - С. 176.
3. Мельникова С.А., Попков А.В., Свешников А.А. Роль психолога в реабилитации больных после переломов и в процессе удлинения конечностей по Илизарову // Проблема остеопороза в ортопедии и травматологии: Материалы конф. ЦИТО с международным участием. - М., 2000. - С. 54.
4. 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.
5. Психология личности. - Самара.: Бахрах, 1999. - 212 с..
6. 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 // Гений ортопедии. - 1999. - № 4. - С. 75-80.
7. Изард К.Э. Психология эмоций. - СПб.: Питер, 1999. - 464 с.
8. Spielberger C.D. Anxiety and behavior. - New York.: Academic Press, 1966. - 348 p.
9. Stephenson W. The study of behavior: Q-technique and its methodology. - Chicago.: University of Chicago Press, 1953. - 345 p.

Рукопись поступила 30.12.99.

Вышли из печати



В.И. Шевцов, В.А. Немков, Л.В. Скляр
Аппарат Илизарова. Биомеханика

Курган: Периодика, 1995. - 165 с., ил. 123, библиогр. назв. 84.
ISBN 5-8282-0079-8. Ф. 20х15 см.

Материалы, представленные в книге, посвящены чрескостному остеосинтезу, осуществляемому аппаратом Илизарова. Дана техническая характеристика аппарата с подробным описанием деталей и примерами их сборки в узлы, приведены варианты компоновок аппарата. Значительное место отведено количественной оценке жесткости спиц и жесткости фиксации костных отломков в аппарате.