

УДК 159.95

Павлова О.О., магістр, студентка 5 курсу соціально-психологічного факультету УЦЗУ

ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХВОРОБИ У ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ВНАСЛІДОК НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ

Представлені дані теоретичного і практичного вивчення окремих компонентів емоційної сфери людей, потерпілих в результаті надзвичайної ситуації з політравмою.

Ключові слова: емоційна сфера, психоемоційний стан, політравма, пост травматичний депресивний стан, дорожньо-транспортна подія, клінічна психологічна допомога.

Актуальність теми. Сьогодні емоційне життя сучасної людини визначає частота і інтенсивність емоційних навантажень, цьому сприяє ряд сучасних умов: стрімка зміна соціального і фізичного середовища, підвищення темпів життя і її оцінки, руйнування традиційних сімейних структур, соціальні і екологічні катаклізми. Людина реагує на ці особливості сучасного буття переживаннями страху, тривоги, безпорадності, туги і відчаю.

Емоційний стан людини є причиною багатьох захворювань. Ще вчені старовини мали на увазі нероздільність тілесного і психічного. Кожен орган був описаний в тісному зв'язку з відповідною органу емоцією. Хвороба органу впливає на емоційний стан людини, невідреаговані відчуття сприяють захворюванню органу – це постулати концепції єдиного організму, де симптоми можуть мати особистісний сенс. Вчені сучасності актуалізували проблему емоційних станів (Е.П. Лльїн, В.А. Семіченко).

Кризові ситуації, які переживає людина, у багатьох випадках не тільки потенціюють розвиток психічних і поведінкових розладів, але і змінюють життєвий шлях і особову перспективу, а також деформують картину життя людини. Цей сценарій розвитку особливо характерний для соціально детермінованих і раптово виниклих стресових ситуацій історичного масштабу.

Для психології ця проблема в останнє десятиліття стала особливо актуальною. Все частіше пацієнтами психіатричних і психосоматичних стаціонарів стають особи, що пережили техногенні катастрофи.

Ґрунтуючись на даних статистики і аналізуючи динаміку наростання психологічних і поведінкових розладів, слід чекати подальшого збільшення цієї категорії пацієнтів.

Емоції людини, які перш за все покликані мобілізувати захист, тепер частіше пригнічуються, вбудовуються в спеціальний контекст, а з часом перекручуються, перестають признаватися їх господарем і можуть стати причиною руйнівних процесів в організмі.

Емоційна сфера людини, в порівнянні з пізнавальною, досліджена набагато менше, не дивлячись на те, що вона виконує найважливішу роль в житті людини.

Людина, щоб вижити, повинна швидко пристосовуватися в змінних умовах, замінювати звичні моделі поведінки новими, актуальнішими, продуктивнішими, дії повинні здійснюватися швидко і результативно. Необхідність миттєво приймати рішення, які повинні відповідати величезній кількості критеріїв, в ситуації дефіциту часу і гострого браку інформації стає причиною постійного перенапруження як психологічного, так і фізіологічного, тобто стресу.

Світ, який постійно змінюється, безперервний інформаційний потік, постійне зростання темпів і інформаційної насиченості життя зштовхують людину з складними задачами, труднощами і вимогами, загрозами і небезпеками, які краще всього долаються здатністю до пристосування. Ряд таких вимог повторюється, наприклад пристосування до погоди і зміни клімату, захист, забезпечення умов комфортної життєдіяльності, протистояння природним катастрофам, зміна життєвого простору, а також формування подружніх відносин; інші можуть бути неповторними і несподіваними. Деякі з них довготривалі, інші раптові.

Виключення, навіть на відносно короткий проміжок часу, людини з активної, заповненої частими психоемоційними і фізичними перевантаженнями життєдіяльності також є стресом, переживається дуже гостро і тісно пов'язано з травмуючим агентом, пошкодженим органом і оцінкою якості життя (ЯЖ).

Однією з важливих психологічних проблем в клініці є проблема реакції особи на хворобу. Від того, як хворий відноситься до свого захворювання, залежить загальний прогноз та успіх лікування.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. При вивченні питання було розглянуто концепції А.Ф. Лазурського з подальшим розвитком В.М. Мясішевим, одне з ключових положень концепції якого

формулюється як: «Суттю особи є відношення до дійсності.», J. Jackson, M. Шура, З.Фрейда, теорія G. Engel і A. Schmale, які пов'язують готовність індивідуума до неспецифічних і специфічних конфліктів. Це спроба охопити не тільки психологічні умови, але й природжені і ті чинники, що обумовлюють хворобу. Ф. Александер запропонував теорію, в якій диференційовані психологічні гіпотези зв'язувалися з фізіологічними і патологічними соматичними процесами, він дав ємкі визначення різних чинників, які виконують роль в етіології і патогенезі захворювання. У його працях ми знаходимо опис множинних чинників, що повертають до розвитку обмеженого числа захворювань

У змісті внутрішньої картини хвороби відображається не тільки наявна життєва ситуація (ситуація хвороби), але і преморбідні (дехворобні) особливості особистості хворого, його характер і темперамент. Преморбідні особливості особистості багато в чому можуть пояснити перевагу появи у хворих тих або інших форм реагування на захворювання.

Травма приводить до зміни якості життя і знижує його у міру наростання тяжкості захворювання. Сприйняття ж хворим стану свого здоров'я і змін характеру життя залежить від захворювання. Як показують дослідження, це особисте сприйняття більшою мірою корелює з працездатністю пацієнта і ризиком смерті, ніж ряд об'єктивних параметрів, що оцінюють тяжкість функціональних порушень організму.

Вчені зазначають, що є два основні уявлення про вплив емоційної напруги на виконання різних дій, функціонування людини в цілому. Прихильники одного підходу вважають, що емоції надають перш за все дезорганізуючу дію на людину. Прихильники іншого підходу вважають, що напруга різного змісту, як тривога, страх, гнів, ейфорія, бере участь в процесі пристосування, адаптації людини до ситуацій екстремального типу. Згідно цьому положенню, емоції мобілізують, допомагають оптимальному використуванню всіх ресурсів організму для того, щоб справитися з ситуацією. Роботи Йеркса і Додсона до певної міри сприяли зближенню цих двох протилежних точок зору, усуваючи суперечності. Тут важливе перш за все встановлення факту непрямої залежності між ефективністю дій і силою напруги, а також між ефективністю дій і трудністю задачі. Емоції можуть залежно від їх напруги і ступеня трудності задачі як підвищувати ефективність дій, так і дезорганізувати їх правильне виконання.

Таким чином, в екстремальних умовах стресуємість є важливою для адаптації, але до меж кількісного оптимуму. За його межами розвиваються порушення різних функцій

Постановка завдання. Мета досліджень полягала в експериментальному вивченні особливості емоційної сфери людини, постраждалої внаслідок дорожньо-транспортної події.

Головні задачі дослідження: виявити особливості емоційного стану особистості, яка постраждала внаслідок дорожньо-транспортної події; виявити особливості внутрішньої картини хвороби у різних категорій випробуваних; виявити індивідуально-типологічні особливості хворих у різних категорій випробуваних; визначити домінуючий тип реагування постраждалих; вивчити взаємозв'язок індивідуально-типологічних особливостей з механізмами адаптації до хвороби (емоційним станом, внутрішньою картиною хвороби та коупінг-стратегіями) у постраждалих внаслідок дорожньо-транспортної події.

Виклад основного матеріалу. Було виконано експериментальне дослідження особливостей емоційної сфери людини, постраждалої внаслідок дорожньо-транспортної події.

Випробовувані були розділені на 4-и групи за віковою та статеву ознаками:

- 16-20 – юність;
- 21-30 – молодість;
- 31-50 – зрілість;
- 51-65 - пізня дорослість;

Методи дослідження: спостереження, клінічне інтерв'ю, опитувальник для визначення симптомів посттравматичного стресового розладу DSM-111-R, опитувальник Міні-мульти (скорочений варіант MMPI), особистісний опитувальник Бехтеревського інституту (ООБІ), методика диференційного діагностування депресивних станів Зунге, методи статистичної обробки даних.

Підібранли комплекс методик, спрямований на виявлення особливостей емоційного стану особистості, особливостей внутрішньої картини хвороби у різних категорій випробуваних, індивідуально-типологічних особливостей хворих у різних категорій випробуваних, визначення домінуючого типу реагування постраждалих.

Проведено аналіз результатів дослідження за допомогою двофакторного дисперсійного аналізу.

Двофакторний дисперсійний аналіз (критерій Фрідмана) використовувався для оцінки і перевірки тестових гіпотез. Оцінку проводили окремо для чоловічого і жіночого контингенту.

Так за підсумками факторного аналізу виявлено, що данні результати опитування відповідають загальним генеральним сукупностям по статевій приналежності, являються достовірними та можуть бути використані для подальших досліджень.

Експериментальне дослідження мало на меті, перш за все, проведення психологічного аналізу, задачею якого є отримання від постраждалого відомостей для оцінки його особистості як системи відносин, що склалася, до самого себе, відносини до хвороби і оцінки того, наскільки хвороба змінила систему. Психологічний аналіз даних хвороби покликаний виявити, яке віддзеркалення хвороба одержує в суб'єктивному світі хворого, як позначається на його поведінці на всій системі особистісних відносин.

За допомогою методик, вказаних вище, були одержані дані для проведення порівняльного аналізу даних різних вікових груп, а також для того, щоб прослідити відмінності в станах і прояві різних компонентів емоційної сфери у чоловіків і жінок однієї вікової групи. Тобто з'явилася можливість прослідити тенденції розвитку депресивних станів і ПТСР у чоловіків і жінок різних вікових груп.

В результаті обробки одержаних даних за допомогою проведення методики виявлення і визначення рівня депресивності Зунге (Балашової) як у чоловіків, так і у жінок всіх вікових груп була виявлена значна перевага субдепресивного стану, лише у чоловіків 16-20 років було виявлено стан без депресії 6 чол.(54,5%) і легка депресивна ситуація у 5 чол.(45,5%). Середні дані за результатами методики в різних вікових групах чоловіків показали яскраве переважання субдепресивного стану - 25 чол.(44,6%). Натомість, як у жінок переважає легка депресивна ситуація – 14 чол. (42,4%).

В результаті діагностики ПТСР (методика DSM-III-R) було з'ясовано що посттравматичний стресовий розлад є наявним у всіх постраждалих незалежно від статі і віку, особливо важкий стан спостерігався у жінок 31-50 та у чоловіків 51-65.

Виявлено наступні тенденції: по-перше, чим більше прагнення у хворих до соціальної підтримки, прийняття відповідальності, позитивного переосмислення, небажання стати для оточуючих тягарем, тим менше вони прагнуть до спілкування з близькими людьми,

а також до побудови нових комунікативних зв'язків, тим нижче тривожність, яка є характерною індивідуально-типологічною властивістю особистості у постраждалих;

По-друге, виявлені значущі відмінності між раніше оперованими і не оперованими хворими за показниками «депресії», які опинилися істотно вище у хворих, що не мали в анамнезі операцій.

По-третє, для хворих, що вже потрапляли в Інститут невідкладної хірургії з полі травмою в результаті ДТП, найбільш характерна надмірна травмованість і уразливість, а також бажання підвищеної уваги і турботи до себе, як з боку близьких, так і з боку медперсоналу. Постраждали, що вперше опинились в ролі пацієнтів, демонстрували безперервне занепокоєння, тривожність і недовірливість відносно несприятливого перебігу хвороби, а також реакції по типу «дратівливої слабкості» при неприємних відчуттях, болях і невдачах в лікуванні.

Хворі, що мають «досвід перебування в лікарні» в значно більшому ступені представлені конструктивні способи подолаючої поведінки, ніж серед тих, що вперше опинились в такій ситуації. Серед конструктивних коупінгів переважають самоконтроль, пошук соціальної підтримки, ухвалення відповідальності, планування рішення проблем і позитивна переоцінка, а також неконструктивний коупінг - втеча. У групі хворих, що вперше опинились в ролі пацієнтів, серед неконструктивних коупінгів, переважає дистанціювання.

Хворі, що вперше опинились в лікарні більше схильні до тривожних реакцій; ряд хворих прагне одержати більше інформації про себе, особливості перебігу захворювання і про можливі наслідки хвороби.

В результаті аналізу одержаних даних виявлено, що у всіх постраждалих, що тестувалися високі показники за шкалою істерії, тобто схильність до неврологічних реакцій конверсійного типу (симптоми захворювання є засобом уникнення відповідальності), що цілком пояснює значне переважання патологічних форм реагування на хворобу. Імовірно найбільші складнощі в нормалізації психологічного стану після травми спостерігаються у чоловіків у віці 31-50 років у яких наявні також високі показники за шкалою депресії. Такий профіль свідчить про наявність депресивної реакції в рамках адаптаційного синдрому, але насторожує підвищений суїцидальний ризик, так як спостерігається зниження рівня життєлюбності та оптимістичності при

підвищеній імпульсивності. У чоловіків у віці 51-65 років разом з істерією значно вище за норму показники за шкалою паранойяльності, характерне упереджене відношення до медперсоналу і переконаність в його халатності і некомпетентності, постійні скарги та конфлікти, тобто підвищена дратівливість, переживання почуття образи.

Соматичні хворі жіночої статі з політравмою демонструють більшу адаптивну і емоційну стійкість, ніж чоловіки, особливо яскраво це простежується у віці 31-65 років. В той же час якщо порівнювати вікові групи, то юність 16-20 і молодість 21-30 – є групами якнайменшого ризику розвитку важких форм ПТСР.

За результатами даних методики Міні-мулт (скорочений варіант ММРІ) виявлена перевага низьких показників за шкалою психастенії у всіх вікових груп у чоловіків і жінок; також низькі показники за шкалою «шизоїдність» у вікових групах 21-30 і 31-50 у чоловіків і жінок, 51-65 лише у чоловіків. Тоді як високі показники спостерігалися за шкалою «істерія» у всіх вікових груп чоловіків і жінок, це свідчить, що при стресі найбільш характерні виражені вегетативні реакції та два основних захисних механізми: витіснення зі свідомості негативної інформації та трансформація психологічної тривоги на рівні організму (біологічному) в функціональні порушення.

За результатами проведення методики у чоловіків всіх вікових категорій по шкалах депресії та істерії значно вищі за норму. По шкалах психастенія та шизоїдність – значно нижчі, що дає підставу стверджувати про переважання у чоловіків здорового глузду, тверезої оцінки кризових ситуацій, раціонального підходу до вирішення проблем, відсутність педантичності в питаннях моралі, наявність яскравого егоцентризму, цинічний погляд на життєві явища. У той час як у жінок лише по шкалі істерія показники значно вищі за норму, і, так само як у чоловіків, значно нижчі по шкалах психастенія та шизоїдність.

Дані, отримані за допомогою методики ООБІ, дали такі результати: частіше за все реакції на хворобу зустрічались у змішаному варіанті, коли одночасно були присутні ознаки декількох типів відношення до хвороби. В структурі змішаного варіанту найбільш часто були відмічені елементи у чоловіків 16-20 років гармонійного б чол., меланхолічного - 5 чол., ейфоричного - 3 чол. типів відношення до хвороби, у жінок того ж віку переважає неврастенічний - 2 чол.(25%) та ергопатичний тип - 2 чол. (25%).

Та, всеодно, для жінок більш вірогідний дезадаптивний тип відношення до хвороби, ніж для чоловіків. Так як для чоловіків сферою значущих соціальних відношень є робота (кар'єра). Натомість як для жінок велике значення має відношення до неї членів родини, а також розцінювання фізичних змін в результаті травми як втрати привабливості, у зв'язку з чим формується почуття неповноцінності. Для всіх пацієнтів значну роль грало обмеження спілкування, їм важко було це прийняти.

У жінок частіше за все діагностується понижений фон настрою, що призводить до збільшення перебування на стаціонарі, так як пацієнти часто невірно та неточно виконують призначення лікаря через такі депресивні реакції як відсутність бажання будь-що робити та слабкість, що наростає.

Порівняльний аналіз прояву шкал депресивного стану у чоловіків та жінок за критерієм F-Фішера виявив значущі відмінності. Чоловіки на відміну від жінок частіше відзначали в себе наявність субдепресивного стану. Слід зазначити, що кількість досліджуваних старшого віку, що визначали в себе наявність депресивного стану, певною мірою перебільшувала вибірку 21-30-річних. Проте визначені особливості вікової динаміки формування депресивного стану у жінок та чоловіків не набули статистичної значущості

Цікавими виявилися результати статевих відмінностей у показників проявів стану. Чоловіки незалежно від віку значно частіше за жіночу вибірку визначали в себе наявність тривоги (34,3 - 39,3%) ергопатичності (34,3 - 40,7%).

Вікові особливості формування проявів стану значно проявили себе у вибірці жінок. Досліджувані віком 31-50 років достовірно частіше за представниць молодшої групи відзначали в себе акцентований рівень прояву тривоги, тобто безперервного занепокоєння, помисливості, віри в прикмети та ритуали.

У жіночій вибірці зазначений рівень депресивного стану значно корелював з такими акцентуаціями характеру, як неврастенія ($\phi=0,54$; $p\leq 0,01$) та ергопатичність ($\phi=0,54$; $p\leq 0,01$). Отримані коефіцієнти прямої залежності вказують на стійку тенденцію до взаємозв'язку між тривожністю, неврастенічністю, ергопатичністю та субдепресивним станом.

Порівняльний аналіз результатів кореляцій, отриманих на різних вибірках (чоловіки й жінки різних вікових категорій) між однаковими

змінними (рівень депресивного стану та наявність акцентованих рис характеру) за допомогою Z-перетворення Фішера, дозволяє стверджувати, що у вибірці жінок зв'язок між субдепресивним станом та наявністю акцентованих рис характеру не має вікової динаміки. У чоловіків зазначений критерій виявив статистично значущу тенденцію до зменшення з віком сили зв'язку між рівнем тривожності та субдепресивним станом ($Z=2,23$; $p \leq 0,05$).

Були виявлені наступні тенденції: чим більше прагнення у хворих до соціальної підтримки, прийняття відповідальності, позитивного переосмислення, а також небажання стати для оточуючих тягарем, тим менше вони прагнуть до спілкування з близькими людьми, а також до побудови нових комунікативних зв'язків, тим нижче тривожність, яка є характерною індивідуально-типологічною властивістю особистості у постраждалих. Чим більше хворі зосереджені на суб'єктивних хворобливих і інших неприємних відчуттях, а також своїй надмірній ранимості і уразливості, тим менше у таких хворих пошукової активності і спонтанності. Виявлені значущі відмінності між раніше оперованими і не оперованими хворими за показниками «депресії», які виявилися істотно вище у хворих, що не мали в анамнезі операцій.

Імовірно найбільші складнощі в нормалізації психологічного стану після травми спостерігаються у чоловіків у віці 31-50 років, у яких наявні також високі показники за шкалою депресії, такий профіль свідчить про наявність депресивної реакції в рамках адаптаційного синдрому, але насторожує підвищений суїцидальний ризик, так як спостерігається зниження рівня життєлюбності та оптимістичності при підвищеній імпульсивності.

Для жінок більш вірогідний дезадаптивний тип відношення до хвороби, ніж для чоловіків, так як для чоловіків сферою значущих соціальних відношень є робота (кар'єра). Натомість як для жінок велике значення має відношення до неї членів родини, а також розцінювання фізичних змін в результаті травми, як втрати привабливості, у зв'язку з чим формується почуття неповноцінності.

Для всіх пацієнтів значну роль грало обмеження спілкування, їм важко було це прийняти.

У жінок частіше за все діагностується понижений фон настрою, що призводить до збільшення перебування на стаціонарі, так як пацієнти часто невірно та неточно виконують призначення лікаря через

такі депресивні реакції як відсутність бажання будь-що робити та слабкість, що наростає. Хоча порівняльні дані вивчені тільки частково, вони знаходять істотну спорідненість психо-соціальних реакцій і форм переробки у різних груп хворих.

Усе вище наведене дало нам змогу розробити рекомендації для лікарів по роботі з постраждалими в результаті дорожньо-транспортної події:

Психологічна допомога з боку лікаря або клінічного психолога передбачає допомогу хворому у виробленні адекватного відношення до своєї хвороби, що сприятиме позитивному її перебігу. Клінічному психологу та медперсоналу слід враховувати, що процеси подолання є переважно свідомими, не автоматизованими; швидше орієнтованими на переживання, ніж на поведінку; зосередженими на переробці внутрішніх або зовнішніх конфліктів чи обтяжуючих ситуацій.

Запропоновані нами методики м'язової релаксації дали яскраві результати в процесі роботи з хворими. Вже після третього заняття пацієнти вказували на значні покращення свого психоемоційного та навіть фізичного станів. Отже для формування позитивного, «бойового» настрою та прискорення одужання використання цих методик є практично незамінним. Користь від сеансів релаксації визнана сучасною психотерапією, більш того вони служать основою більшості психотерапевтичних методик.

Висновки та перспективи подальших досліджень. В результаті аналізу результатів досліджень вивчена емоційна сфера постраждалого в результаті дорожньо-транспортної події; виявлено відношення хворого до хвороби; в цілому, виявлені особливості психоемоційного компонента в структурі хвороби постраждалого з щелепно-лицьовою травмою. Це дозволило заключити, що з даним контингентом хворих необхідно проводити психокорекційні заходи, що направлені на пониження рівня тривожності, створення установки на лікувальну перспективу і майбутнє, а також, що особливо важливо, на роботу з депресивним станом. Розроблені рекомендації по роботі з постраждалими в результаті дорожньо-транспортної події. В подальшому вважається доцільним розробити диференційовані рекомендації для психологічного супроводження та реабілітації постраждалих з щелепно-лицьовою травмою, політравмою і нейротравмою окремо та для медперсоналу щодо створення оптимальних умов для запобігання та лікування ПТСР.

ЛІТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М., Медицина, 1993.
2. Александровский Ю.А. Психические расстройства во время и после чрезвычайных ситуаций М., Медицина, 2000.
3. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. Библиотечный комплекс. Международный университет природы, общества и человека «Дубна»
4. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М., Медицина, 1993.
5. Корсаков Н.К. Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. М., МГУ, 1988.
6. Манухина Н.М. Некоторые особенности психологической помощи пациентам с соматическими заболеваниями. Ежеквартальный научно-практический журнал электронных публикаций 2003.
7. Хомская Е.Д. Нейропсихология. М., МГУ, 1997.
8. http://bekhterev.spb.ru/science/methods/2004/QOL_e стратегии преодоления больными стрессовых ситуаций
9. <http://www.altayzdrav.ctmed.ru/InfoServ/infoserv.p> психосоматическое и соматопсихологическое, **внутренняя картина болезни** и отношение к болезни, методология и методы исследования,

<http://nuczu.edu.ua/>