

15. Grauer D., Harlan C., Amstutz P. et al. //J. Bone Jt Surg. — 1989. — Vol. 71A. — P. 669-678.
16. Huhle P.R. Infektionen des Bewegungsapparates. — New York, S. a. — P. 97-101.
17. Leunig M., Chosa E., Speck M., Ganz R. //Int. Orthop. — 1998. — Vol. 22, N 4. — P. 209-214.
18. McDonald D.J., Fitzgerald R.H. //J. Bone Jt Surg. — 1989. — Vol. 71A. — P. 828-834.
19. Murray R.P., Bourne M.H., Fitzgerald R.H. //Ibid. — 1991. — Vol. 73A. — P. 1469-1474.
20. Nestar V.J., Hanssen A.D., Ferrer-Gonzales R., Fitzgerald R.H. //Ibid. — 1994. — Vol. 76A. — P. 349-359.
21. Olcay E., Aksoy B. et al. //Acta Orthop. Traum. Turc. — 1999. — Vol. 33. — P. 62-67.
22. Raut V.V., Siney P.D., Wroblewski B.M. //Clin. Orthop. — 1994. — N 301. — P. 205-212.
23. Schroder J., Saris D., Besselaar P.P., Marti R.K. //Int. Orthop. — 1998. — Vol. 22, N 4. — P. 215-218.
24. Walenkamp G.H.I.M. Infektionen des Bewegungsapparates. — New York. — P. 102-104.
25. William H. et al. //Clin. Orthop. — 1991. — N 272. — P. 181-191.
26. Younger A.S., Duncan C.P. Masri B.A. //J. Bone Jt Surg. — 1998. — Vol. 80A, N 1. — P. 60-69.

© Г.П. Котельников, Е.А. Сухобрус, 2003

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Г.П. Котельников, Е.А. Сухобрус

Самарский государственный медицинский университет

Представлены результаты психодиагностического обследования 117 пациентов с травматической болезнью. Использовались 16-факторный опросник Кеттелла, личностной опросник Бехтеревского института «Тип отношения к болезни», шкала тревоги Spielbergera, методика «Тип психологических защит» по Плутчеку, «Коппинг-опросник», рисуночный тест фрустрации Розенцвейга. Обследования проводились на 1–7, 14, 30, 90 и 180-е сутки после травмы. Выделены три периода психических реакций: первый период — острых (шоковых) реакций (1–14-й день); второй период — внутриличностных реакций (14–90-й день); третий период — социальной дезадаптации (90–180-й день). На основе выявленных нарушений составлена и апробирована программа психологической коррекции с учетом особенностей каждого периода. Контрольное тестирование больных после завершения психокоррекционной программы показало ее высокую эффективность. Рассмотрены вопросы организации медико-психологической помощи пациентам с травматической болезнью.

Results of psychological examination of 117 patients with traumatic disease are presented. Psychological examination was performed using 16-points questionnaire by Cattell, personal questionnaire «Type of relation to disease», scale of alarm by Spielberger, techniques «Type of psychological protection» by Plutchek and «Copping-questionnaire» as well as drawing test by Rosenzweig by 1–7, 14, 30, 90 and 180 day after trauma. Three periods of psychological reactions were determined: 1st period — acute (shock) reactions (1–14 day); 2nd period — interpersonal reactions (14–90 day); 3rd period — social disadaptation (90–180 day). The program of psychological correction was composed and tested on the base of the revealed peculiarities. When program was completed all patients had control testing. Results showed a high efficacy of psychological correction. The problems of the organization of the psychological care for patients with traumatic disease are considered.

Научно-технический и общественный прогресс принес в XX и XXI век не только существенные достижения, но и бурный рост числа техногенных катастроф, усиление социальной неустойчивости, глобальные конфликты. Россия в этом отношении не стала исключением. Появились такие специфические термины, как *посттравматическое* и *социально-стрессовое расстройство*. В ряде случаев подобные состояния имеют собственные назва-

ния («афганский», «чеченский» синдромы, радиационная фобия, боевое утомление) [3, 4].

В связи с этим возникла острая необходимость в подготовке специалистов особого профиля — медицинских психологов и потребность в организации психологической службы в структуре лечебных учреждений специализированного типа (травматологические, онкологические стационары, ожоговые центры, реанимационные отделения и т.д.).

Огромная роль в освоении этого нового направления принадлежит Почетному ректору Самарского государственного университета акад. РАМН А.Ф. Краснову. В сентябре 1991 г. в СамГМУ благодаря его активной деятельности был открыт факультет медицинской психологии. Сегодня работа выпускников этого факультета высоко оценивается как врачами и пациентами, так и организаторами здравоохранения. Одним из первых лечебных учреждений нашего города, включивших в свою структуру психологическую службу, стала клиника травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии СамГМУ, возглавляемая А.Ф. Красновым. Сотрудники этого подразделения под руководством ректора университета чл.-корр. РАМН Г.П. Котельникова и заведующей кафедрой медицинской психологии и психотерапии проф. Н.И. Мельченко проводят исследования, направленные на изучение динамики психологического состояния больных травматической болезнью в течение 6 мес с момента получения травмы и разработку программы адекватной психологической коррекции. На сегодняшний день накоплен большой опыт работы по психологической реабилитации пациентов травматологического профиля. Основные принципы организации психологической помощи данному контингенту больных были доложены на VII Съезде ортопедов-травматологов России (2002 г.). Представленная программа признана актуальной и своевременной и рекомендована для внедрения в практическое здравоохранение.

Организация работы медицинского психолога в отделении травматологии

Работа медицинского психолога в травматологическом отделении включает следующие направления:

- *диагностическое* — психологическая диагностика — выявление психических особенностей больного;
 - нейропсихологическая диагностика — проводится при закрытых черепно-мозговых травмах с целью уточнения диагноза и оценки степени сохранности у пострадавшего функций высшей нервной деятельности;
- *коррекционное* — психологическая коррекция выявленных нарушений;
- *профилактическое* — психологическая санация среды, включающая работу с родственниками больного: устранение дефицита информации о происходящих у пациента изменениях физического и психологического характера, рекомендация возможных путей нейтрализации конфликтов с учетом личности больного, разъяснительная работа с персоналом;
- *гигиеническое* — профилактические и коррекционные мероприятия, проводимые среди врачей травматологов-ортопедов с целью предупреждения синдрома эмоционального выгорания и хронического стресса на работе.

Психологическая курация пациента складывается из следующих этапов:

- 1) диагностика психоэмоциональных особенностей пациента;
- 2) создание индивидуальной реабилитационной карты — так называемого психологического варианта истории болезни, где фиксируются данные психологического тестирования, намечается план психокоррекции и отображается динамика проводимой работы;
- 3) реализация намеченной программы;
- 4) итоговое тестирование, проводимое с целью оценки эффективности психологической коррекции.

Начальной задачей психолога при работе с больными любого профиля является диагностика психического состояния пациента. Поскольку ни один тест не способен охватить все стороны реальной жизнедеятельности человека, необходим комплексный, «батарейный», подход к изучению особенностей психики, основанный на применении различных по своей направленности тестов. При этом достигается взаимная компенсация психодиагностических методик и становится возможным получение достаточно полной и надежной характеристики психологического состояния пациента [9]. Используются методы, направленные на изучение структуры личности, типа отношения к заболеванию, уровня ситуативной и личностной тревожности, самооценки психических состояний, типа и направления психических реакций в ситуациях повышенной трудности (ситуациях фрустрации), вида психологических защит и стратегий поведения (табл. 1).

Табл. 1. Методы психологической диагностики

Метод	Цель
Клиническое интервью	Установление контакта, сбор анамнеза
16-факторный опросник Кеттелла	Выявление структуры личности
Опросник «Тип отношения к болезни»	Изучение внутренней картины болезни
Самооценка психических состояний по Спилбергу—Ханину	Выявление уровня ситуативной и личностной тревожности, изучение уровня фрустрации, агрессивности и ригидности
Рисуночная методика Розенцвейга «Исследование фрустрации»	Определение типа и направления психических реакций в ситуациях повышенной трудности
Методика «Типы психологических защит» по Плутчеку	Изучение типов психологических защит, наиболее часто используемых пациентом
«Коппинг-опросник»	Выявление стратегий поведения, применяемых пациентом для снятия напряжения, вызванного заболеванием

Табл. 2. Нозологический состав обследованного контингента пациентов

Вид травмы							
Перелом голени		Перелом бедра		Осложненные травмы коленного сустава		Всего	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
67	57,3	33	28,2	17	14,5	117	100

Методы травматологического лечения					
Скелетное вытяжение		Оперативное, с наложением аппарата внешней фиксации		Всего	
абс.	%	абс.	%	абс.	%
72	61,5	45	38,5	117	100

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено комплексное клинико-инструментальное и психодиагностическое обследование 117 больных с переломами длинных костей нижних конечностей в сроки от первых суток до 6 мес с момента получения травмы. Нозологический состав обследованного контингента больных и виды травматологического лечения представлены в табл. 2.

Для диагностики психологического состояния использовались следующие методики: 16-факторный опросник Кеттела, личностный опросник Бехтеревского института «Тип отношения к болезни», шкала тревоги Спилбергера, методика «Тип психологических защит» по Плутчеку, «Коппинг-опросник», рисуночный тест выявления фрустрации Розенцвейга. Психологическое обследование проводилось на 1-7, 14, 30, 90 и 180-е сутки после травмы. У части больных (65 человек) помощь психолога ограничивалась беседой по результатам первичного обследования. У 52 больных проводилась психологическая коррекция выявленных дезадаптивных проявлений психики. Психокоррекционное воздействие осуществлялось во время пребывания больных в стационаре (с 1-5-х по 30-е сутки); перед выпиской (28-30-е сутки) проводилось контрольное тестирование для оценки психологического состояния и эффективности психокоррекции. Для контроля аналогичные психодиагностические исследования были предприняты у 48 психически и физически здоровых людей, не имевших в анамнезе патологии опорно-двигательной системы, переломов и психических заболеваний.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Динамика психологического состояния пациентов с травматической болезнью

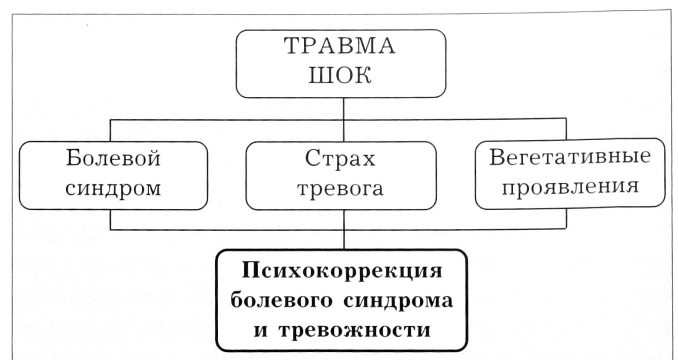
Выявлено, что травма оказывает значительное влияние на психику пострадавших на протяжении всех последующих 6 мес. Соответственно преобладанию в картине психических нарушений отдельных факторов мы выделили следующие периоды психических реакций: *первый* — период острых (шоковых) реакций (1-14-й день) с преобладанием эмоционального компонента; *второй* — период

внутриличностных реакций (14-90-й день) с преобладанием внутриличностного компонента, обусловленного характерологическими особенностями пациента; *третий* — период социальной дезадаптации (90-180-й день) с преобладанием социального и поведенческого компонентов.

В первый период травматической болезни у большинства пострадавших центральное место в патогенезе психологических изменений занимает болевой синдром. Почти всегда ему сопутствует состояние беспокойства, страха или тревоги, которое сопровождается вегетативными проявлениями: тахикардией, учащенным дыханием, бледностью, холодным потом, ощущением сухости во рту и т.д. Как правило, это усугубляет тяжесть соматического состояния больных. Длительно продолжающийся стресс, каковым является болевой синдром, может привести к обострению хронических или формированию новых сопутствующих заболеваний [1, 4]. Порожденная им тревожность служит дополнительным психотравмирующим фактором [7]. Поэтому наиболее важной задачей психолога в этот период травматической болезни является устранение боли и тревожности (схема 1).

Кроме того, часть пострадавших (57% обследованных) в этот период не могут адекватно оценить степень тяжести своей болезни, ее возможное влияние на их дальнейшую жизнь и отрицают очевидное. Это выражается в анозогнозическом и эргопатическом типах отношения к болезни. Чаще всего они встречаются у лиц молодого возраста, преимущественно

Схема 1. Первый период травматической болезни.



щественно мужчин, ведущих подвижный образ жизни. Опасность такого психологического феномена состоит в том, что больные зачастую не выполняют предписаний врача и нарушают больничный режим. Они пытаются активно двигаться, что негативно сказывается на их физическом состоянии, порой отказываются от операции и требуют выпisać их домой. В итоге это приводит к замедлению процесса лечения и к развитию осложнений.

Во второй период травматической болезни (начиная с 14-го дня) происходит переоценка сложившейся ситуации. Пациенты начинают осознавать, какое влияние на их жизнь оказывает полученная травма. Они вынуждены отказываться от реализации профессиональных и личных планов, возможно (в зависимости от тяжести повреждения), им предстоит изменить привычный стиль жизни. Реакции на происходящее зависят от внутриличностных, характерологических, особенностей пострадавших и индивидуальной социально-психологической ситуации в целом.

Чаще всего (в 32% случаев) в этот период диагностируются сенситивный и тревожный типы отношения к болезни (табл. 3). Больные с беспокойством «прислушиваются» к своим ощущениям, опасливо относятся к проводимым лечебным процедурам, боятся предстоящей операции и связанного с ней риска (нередки случаи, когда пациенты накануне операции составляют завещание). При этом наблюдается боязнь произвести неблагоприятное впечатление на окружающих своей беспомощностью, стать для них обузой и столкнуться с недоброжелательностью с их стороны из-за дополнительных забот, связанных с уходом.

Начиная с 30-х суток происходит истощение метаболических и защитных процессов в организме, значительно снижается эндокринная функция поджелудочной железы, формируется спад в деятельности гипоталамо-гипофизарной системы, а также ряд других изменений [4, 6]. Психологическое состояние пациентов становится более подавленным, что проявляется в меланхолическом и апатическом типах отношения к болезни, которые сохраняются на протяжении 3–6 мес — в зависи-

Табл. 3. Динамика типов отношения к болезни на протяжении 6 мес

Тип отношения к болезни	Срок после травмы		
	1–14-й день	14–30-й день	30–180-й день
	количество больных, %		
Гармонический	7	3	4
Эргопатический	29	15	16
Анозогнозический	28	12	14
Тревожный	14	22	12
Сенситивный	18	26	16
Меланхолический	4	14	21
Апатический	0	8	17

мости от тяжести травматической болезни. Невозможность активно участвовать в процессе лечения создает у пациентов впечатление малозначимости каких-либо собственных усилий. Пациенты теряют веру в выздоровление, в возможность улучшения их состояния, у них появляется чувство обреченности. Все это приводит к затяжному течению травматической болезни, увеличению продолжительности стационарного лечения — формируется так называемый «замкнутый круг» [8].

В третий период травматической болезни (начиная с 3-го месяца) ведущим нарушением психики становится социальная дезадаптация. Развитию ее способствуют частые госпитализации и вынужденная длительная изоляция пациентов от привычного общества. У 48% мужчин и 37% женщин отмечается повышение конфликтности, агрессивности и раздражительности. Часть больных (около 34%) замыкаются в себе, отказываясь от общения, у другой части пациентов (38%), наоборот, начинают преобладать эгоистические мотивы в поведении. Многочисленные жалобы, вызовы медицинских сестер и врачей в большинстве случаев объясняются не столько тяжестью физического состояния пациентов, сколько их потребностью ощущать внимание и заботу. При этом любое пренебрежение правилами медицинской этики и деонтологии может спровоцировать у больного нервный срыв и повлечь за собой тяжелые последствия, так как именно теперь пациенты становятся наиболее чувствительными к замечаниям, сделанным по поводу состояния их здоровья, хода лечения, к словам, брошенным вскользь медицинским персоналом [5]. На данном этапе в фокусе работы медицинского психолога оказывается профилактика ятро- и эгротогений — психических травм, наносимых медицинским персоналом и микросоциальным окружением больных в отделении (схема 2).

Схема 2. Отдаленный период травматической болезни.



Психологическая реабилитация

Программа психологической реабилитации пациентов с травматической болезнью построена с учетом выявленных изменений психики и особенностей каждого периода (табл. 4).

Для коррекции болевого синдрома разработан «психологический противоболевой комплекс», в структуру которого входят проведение прогрессивной мышечной релаксации и обучение начальным приемам аутогенной тренировки. При этом в деятельности центральной нервной системы формируется доминанта, не связанная с болью [2]. Положительные изменения, происходящие в функционировании сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной системы, приводят к восстановлению микроциркуляции, улучшению трофики поврежденных тканей, способствуют устранению явлений гипоксии и аутоинтоксикации. Для снятия эмоционального напряжения и состояния тревоги, сопровождающих болевой синдром, наиболее эффективен релаксационный тренинг с использованием элементов музыкотерапии. Основной акцент здесь делается на эмоциональное состояние пациента, коррекция болевого синдрома происходит опосредованно. Данный метод подходит также для психологической подготовки больных к операции. Возможно применение и ряда других методик, таких как рациональная психотерапия, различные суггестивные техники.

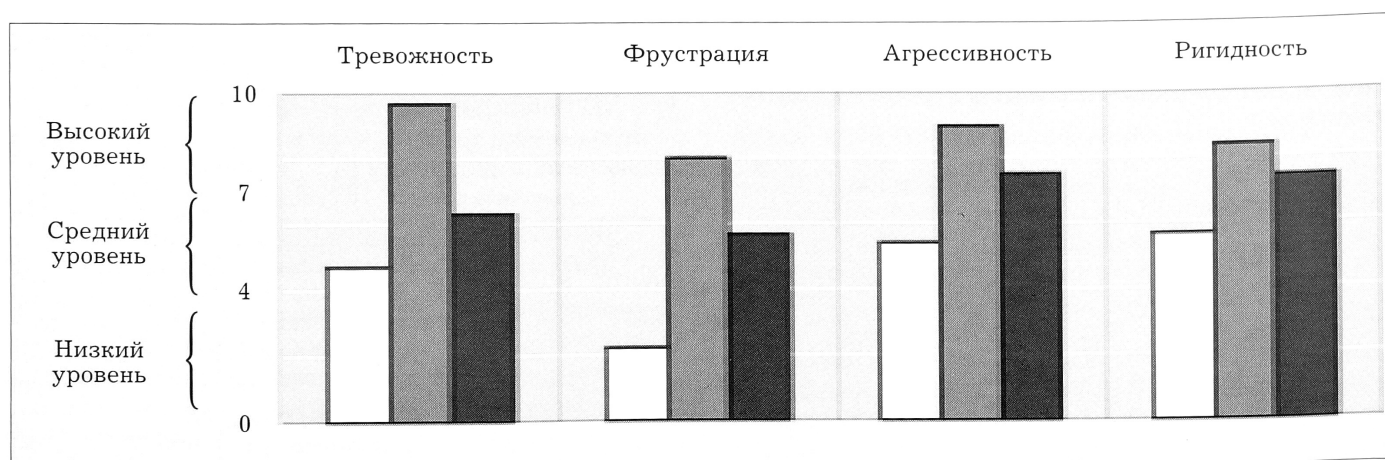
Для коррекции внутриличностных конфликтов с наибольшей эффективностью используются отдельные приемы позитивной психотерапии, гештальт-терапии, нейролингвистического программирования. Они позволяют снять акцент с психотравмирующей ситуации, создать у больного позитивный настрой, комфортное психологическое состояние. При подготовке пациентов к операции хорошие результаты дает применение приемов психодрамы.

Несмотря на то что больные травматологического профиля чаще всего не могут активно пере-

Табл. 4. Методы психологической коррекции

Метод	Цель
Противоболевой психологический комплекс	
Прогрессивная мышечная релаксация	Нормализация вегетативных проявлений, обучение навыкам самообезболивания
Аутогенная тренировка	
Релаксационный тренинг	Снятие эмоционального напряжения и состояния тревоги
Музыкотерапия	
Коррекция внутриличностных конфликтов	
Позитивная психотерапия	Создание состояния психологического комфорта, позитивного настроения, решение внутриличностных проблем
Гештальт-терапия	
Нейролингвистическое программирование	
Психодрама	Подготовка к операции
Групповая психокоррекция	
Рациональная психотерапия	Решение межличностных конфликтов, адаптация к социальному окружению, мобилизация к деятельности, оказанию взаимоподдержки
Аутогенная тренировка	
Позитивная психотерапия	
Психодрама	

двигаться, не следует забывать и о групповых методах работы. Групповое общение в палате позволяет решить не только индивидуальные проблемы, но и конфликты между пациентами отделения. В процессе психокоррекции больные осознают, что их проблемы не являются уникальными, у них появляется возможность помочь найти выход другим, что мобилизует их к деятельности [2, 9]. Важной задачей психолога является активизация общения, направленного на мобилизацию резервов и внутриличностных процессов. Данный вид психологического воздействия наиболее эф-



Данные сравнительного анализа результатов контрольного тестирования: □ — здоровые; ■ — больные без психологической коррекции; ■ — больные, получавшие медико-психологическую помощь.

фективен на этапе нарушения социальной адаптации в качестве подготовки пациента к выписке из стационара.

Анализ результатов контрольного тестирования, проведенного перед выпиской больных из стационара, показал, что у большинства пациентов (68,8%) выраженность тревожного, сенситивного и меланхолического типов отношения к болезни значительно снизилась. В ряде случаев они сменились анозогнозическим, эргопатическим и гармоническим типами, характеризующими хорошую социальную адаптацию. Уровень тревоги снизился с высокого (9,8 балла) до среднего (6,7 балла). Фрустрация уменьшилась с 8,1 до 6,2 балла (см. рисунок). Это свидетельствует о том, что пациенты сумели пережить психотравмирующую ситуацию и найти выход из нее. Медицинский персонал, в свою очередь, подтвердил, что у большинства пациентов, с которыми работал психолог, снизились конфликтность и агрессивность (с 8,9 до 7,2 балла), улучшился контакт с лечащим врачом. Стабилизация психоэмоционального фона способствовала повышению эффективности лечения. Настроенные на сотрудничество, пациенты стали лучше воспринимать назначения, сделанные лечащим врачом, ответственнее относиться к соблюдению охранительного режима, уменьшилась их склонность спорить и конфликтовать как с медицинским персоналом, так и друг с другом. Обретя возможность активно участвовать в процессе лечения (обучение начальным приемам аутогенной тренировки, групповые тренинги и др.) и видя реальный результат своих действий (снижение интенсивности болевого синдрома, улучшение физического самочувствия, стабилизация настроения, уменьшение

конфликтов с окружающими), пациенты стали более адекватно определять значимость своего «вклада» в достижение выздоровления. У них начала формироваться положительная оценка жизненных перспектив.

Проведенное нами исследование подтверждает важное значение медико-психологической помощи пациентам с травматической болезнью. Включение ее в структуру лечебных мероприятий делает лечебный процесс более эффективным и динамичным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адонина Е.В. Состояние кардиогемодинамики и липидного обмена у больных травматической болезнью: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Самара, 2002.
2. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия. — Минск, 1997.
3. Корнилов Н.В., Шапиро К.И., Мстиславская И.А. и др. //Анналы травматол. ортопед. — 1996. — № 4. — С. 5–9.
4. Котельников Г.П., Чеснокова И.Г. Травматическая болезнь. — М., 2002.
5. Краснов А.Ф., Наумов А.С. //Ортопед. травматол. — 1981. — № 6. — С. 57–61.
6. Лапатухин И.В. Состояние внутренних органов при травматической болезни: динамика содержания ряда гормонов в крови: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Самара, 1998.
7. Лебанидзе Н.Г., Балиури Н.Ч., Оганезов А.С. и др. //Ортопед. травматол. — 1989. — № 6. — С. 39–43.
8. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. — М., 1987.
9. Психолог в здравоохранении: вопросы диагностики, коррекции и супервизии /Под ред. Н.И. Мельченко, Г.В. Аكوпова. — Самара, 1999.

ПОЗДРАВЛЯЕМ ЮБИЛЯРА!

Сердечно поздравляем с 80-летием заслуженного деятеля науки, лауреата Государственной премии, профессора ВАЛЕНТИНА НИКОЛАЕВИЧА ГУРЬЕВА, внесшего большой вклад в становление и развитие травматологии-ортопедии в нашей стране.

Желаем доброго здоровья и долгих, счастливых лет жизни.

Сотрудники ЦИТО — друзья, коллеги, ученики

