

КОКОРЕНКО ВИКТОРИЯ ЛЕОНИДОВНА

кандидат психологических наук, доцент, зав. кафедры психологии развития СПбГИПСР,
медицинский психолог I нейрохирургического отделения ГМПБ № 2ПСИХИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СО
СПИНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

АННОТАЦИЯ. В статье рассматриваются психологические факторы, оказывающие влияние на оценку пациентом качества жизни. Указывается, что изменение качества жизни больного до и после проведения лечения может являться опосредованной оценкой качества оказания медицинской помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: качество жизни, ожидания пациента, тип отношения к болезни, алекситимия, механизмы психологической защиты.

В настоящее время оперативное лечение в нейрохирургических отделениях больниц проводится не только по жизненно важным показаниям, но и для улучшения функционального состояния позвоночника (избавления от боли, восстановления подвижности и способности осуществлять необходимую деятельность), то есть с целью улучшения качества жизни больных. Поэтому оценка пациентом качества жизни до начала и после проведения лечения вполне оправдана и может являться своего рода опосредованной оценкой качества оказания медицинской помощи.

Качество жизни — это интегральная характеристика физических, психических и социальных возможностей организма человека, позволяющих ему не только функционировать как индивидууму, но и адаптироваться к окружающим стрессорным факторам с наименьшими потерями для здоровья [2]. ВОЗ определяет качество жизни как «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами».

Для оценки качества жизни нами используется опросник, разработанный и рекомендованный экспертами ВОЗ «ВОЗКЖ-100», который:

- чувствителен к любым изменениям состояния здоровья пациента;
- измеряет индивидуальное восприятие пациентов своей жизни в тех ее областях, которые связаны со здоровьем, но не предполагает измерение объективного состояния здоровья;
- является субъективной мерой благополучия пациентов и их удовлетворенности условиями своей жизни.

Изучая изменение качества жизни пациентов, прошедших оперативное лечение, мы работаем с тем, что пациенты, имеющие (по мнению лечащих врачей) объективно сходную клиническую симптоматику и положительную динамику выздоровления, по-разному воспринимают и оценивают свое состояние. Одни довольны тем, что операция прошла успешно, в хорошем настроении оттого, что стало меньше болеть, что можно думать о чем-то еще помимо болезни и строить планы на будущее. Другие — расстроены оттого, что «очень медленно» идут на поправку, что болеть стало меньше (а должно было перестать совсем!), недовольны тем, что необходимо прилагать собственные усилия для сохранения и поддержания здоровья. Поэтому одной из актуальных научно-практических задач стало исследование психологических факторов, влияющих на оценку качества жизни больных со спинальными нарушениями.

По нашему мнению, субъективное мнение пациента при оценке качества жизни до и после лечения зависит от нескольких факторов (рисунок 1).

1. Ожидания пациента. Для того чтобы пациент имел возможность оценить изменения в своем состоянии, необходимо иметь конкретный образ желаемого результата в отношении здоровья. Чем выше ожидания больного в отношении результатов лечения, тем сложнее их достичь. Кроме того, стойкий положительный результат, как правило, требует не только высокопрофессиональной работы врачей и сестер, но и значительных усилий самого пациента.

Для повышения эффективности лечебного взаимодействия в диаде «врач-пациент» мы рекомендуем придерживаться следующего алгоритма:

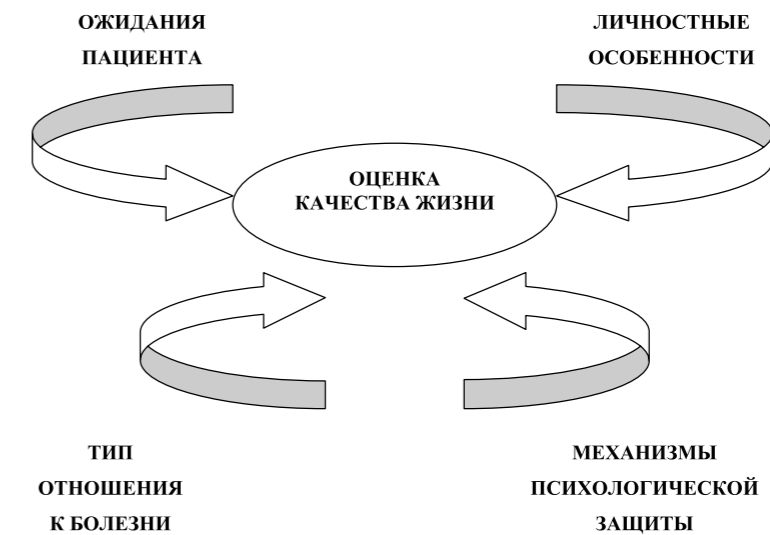


Рис. 1. Психологические факторы, влияющие на оценку пациентом качества жизни

Выявление представлений пациента о результатах консервативного или оперативного лечения

Коррекция неадекватных (завышенных) ожиданий

Формулирование совместно с пациентом конкретного образа результатов лечения

При выписке — фиксация внимания пациента на позитивных изменениях его состояния с использованием конкретного образа результатов лечения

2. Тип отношения к болезни. Отношение к болезни интегрирует все психологические категории, в рамках которых анализируется понятие «внутренняя картина болезни». Это и знание о болезни, ее осознание личностью, понимание роли и влияния болезни на жизненное функционирование, эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с болезнью. Стратегия адаптивного или дезадаптивного поведения больных в настоящем и будущем предполагает различные варианты: активную борьбу с болезнью, принятие роли больного, игнорирование болезни и другие защитно-приспособительные механизмы личности, которые не может не учитывать врач и психолог в активной работе с больными [3].

В диагностической работе с больными, проходящими лечение на базе I нейрохирургического отделения ГМПБ № 2 (заведующий отделением

— д.мед.н., профессор Ю.А. Шулёв), мы используем методику для психологической диагностики типов отношения к болезни [3]. Было выявлено, что подавляющее большинство больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника (ДДЗП) имеют эргопатический тип отношения к болезни. При этом типе отношения к болезни — сверхценное отношение к работе: как правило, такие пациенты переносят все болезни на ногах, никогда не берут больничный; работают практически без выходных, отдых сокращают до минимума (выспаться и «прийти в себя»); в отпуске (если не берут с собой работу) быстро начинают скучать; и даже на больничной койке нейрохирургического стационара стремятся во что бы то ни стало продолжить работу. Другие ценности (семья, здоровье) на декларативном уровне признаются, но при серьезном обсуждении сами пациенты признают, что по-настоящему востребованными и значимыми они чувствуют себя только на работе, и готовы на любое болезненное лечение, лишь бы снова заниматься любимым делом.

В методических рекомендациях указывается, что эргопатический тип отношения к болезни характеризуется меньшей выраженностью социальной дезадаптации больного в связи с заболеванием. Формируясь на базе преморбидных особенностей личности и социальной ситуации, преломляясь через специфику заболевания, данный тип отношения к болезни выявляет актуальные и потенциальные зоны риска для здоровья пациента. В первую очередь — имея одержимое, стеничное, сверхответственное отношение к работе, они не слышат (не хотят слышать) сигналов своего тела об усталости, дискомфорте, напряжении; не чувствуют границ своих физических возможностей, постоянно испытывая их на прочность и выносливость; стремятся к успехам и достижениям «несмотря на...» и «вопреки».

3. Личностные особенности. В связи с изучением роли психологических факторов в оценке качества жизни пациентов со спинальными нарушениями мы обращаем внимание прежде всего на наличие/отсутствие алекситимии. Алекситимия — ограничение способности индивида к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче. Алекситимия является психологической характеристикой, определяемой (кроме вышеназванных) следующими когнитивно-аффективными особенностями:

- Трудностью в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями.
- Снижением способности к символизации (бедность фантазии и воображения).
- Фокусированием в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.
- Сном без сновидений [1].

Такие пациенты, фиксируясь на соматическом компоненте эмоционального возбуждения, вызванного стрессом, болезнью, склонны к ипохондрическим проявлениям и вторичной соматизации. Кроме этого, у алекситимических пациентов наблюдается определенная специфика в описании болевых ощущений и общего самочувствия. Врачи стараются учитывать специфику восприятия и переработки информации алекситимических пациентов в лечебном процессе и при индивидуальных рекомендациях по восстановлению и сохранению здоровья.

Деятельность медицинского психолога в нейрохирургическом отделении ограничена краткосрочными формами индивидуальной работы с больными. Поэтому общие подходы к психокоррекции алекситимических особенностей базируются на следующих ступенях:

- Осознание больными связи между эмоциями (настроением, фрустрацией, тревогой, обидой, тоской, злостью, страхом, гневом) и состоянием организма (телесными ощущениями).
- Усиление внимания к своим эмоциям и чувствам.
- Вербализация (проговаривание) эмоций и чувств.
- Освоение способов произвольной саморегуляции эмоционального состояния и поведения:

а) релаксация;

б) невербальные способы общения (мимика и пантомимика) позволяют отреагировать напряжение и спонтанно выражать свои эмоции.

4. Механизмы психологической защиты. Больной — это страдающий человек, у которого нарушено физическое, психическое и социальное благополучие. Для каждого человека болезнь всегда является трудной жизненной ситуацией (а иногда и психотравмирующей), в которой актуализируются защитные механизмы психики. Механизмы психологической защиты — это процессы интрапсихической адаптации личности за счет подсознательной переработки поступающей информации. В результате включения защитных механизмов психики у человека снижается напряженность, улучшается самочувствие, уменьшаются тревога и страх. При этом, будучи по сути своей «барьерами» на пути прохождения информации, механизмы психологической защиты ограничивают, изменяют, фальсифицируют потенциально тревожащую информацию, что не всегда способствует адекватным взаимоотношениям с окружающими, зрелой личностной позиции в преодолении болезни, изменении ценностных ориентаций и привычного образа жизни.

Для выявления доминирующих защитных механизмов используется адаптированный опросник «Индекс жизненного стиля» Плутчика-Келлермана-Коута [4]. Предварительный анализ полученных результатов позволяет говорить, что у пациентов со спинальными нарушениями наиболее часто встречается выраженность механизмов отрицания, вытеснения, регрессии и интеллектуализации.

Выявленные механизмы психологической защиты учитываются в общении и взаимодействии с пациентом, при формулировании рекомендаций.

Таким образом, при изучении качества жизни пациентов до и после лечения необходимо учитывать ожидания больного в отношении лечебного процесса и его результатов, тип отношения к болезни, личностные особенности и доминирующие механизмы психологической защиты, как факторы, влияющие на субъективное мнение и оценку изменений в состоянии здоровья.

КОСТИНА ЛЮБОВЬ МИХАЙЛОВНА

кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии развития СПбГИПСР

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРЕВОЖНОСТИ

АННОТАЦИЯ. В статье дается обзор существующих в настоящее время психофизиологических показателей тревожности как состояния и как свойства личности. Представлены результаты экспериментальных исследований отдельных авторов, подтверждающие физиологическую основу формирования тревожности на различных этапах онтогенеза.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: тревога, тревожность, психофизиологические показатели.

В настоящее время основной трудностью в оценке тревожности является то, что большинство исследователей определяют данное свойство личности как сложный процесс с множественными компонентами. В связи с этим возникает проблема соотношения тревожности с физиологическими и психическими компонентами личности. А.Ц. Пуни считает, что важнейшей задачей становится разработка строгих объективных способов описания психических состояний и свойств личности, выявление взаимосвязей между их различными физиологическими и психическими составляющими, оценка информативности системы этих признаков, изучение комплекса факторов, определяющих содержание, структуру и динамику психических состояний, раскрытых взаимоотношений, осознаваемых и неосознаваемых, их компонентов и так далее. «Именно такого рода взаимосвязи более всего на первый взгляд могут подтверждать распространенное мнение о ведущей роли биологических детерминант в состоянии напряженности» [7, с. 72]. По мнению Н.И. Наенко такая точка зрения в данном случае учитывает лишь феноменологию процесса, но не его внутреннюю причину. Б.Г. Ананьев говорит о том, что природные свойства человека функционируют в единстве и взаимосвязи с его свойствами как личности. Поэтому функциональную специфичность биологических процессов в сложных условиях можно понять, наряду с собственно биологическими закономерностями, только при изучении человека в целом. Значение данного положения можно пояснить на особенностях взаимодействия психического содержания и нейродинамических факторов, которые, по мнению Н.И. Наенко, в реализации состояния напряженности занимают одно из первых мест. В ряде работ по изучению свойств нервной системы [6 и др.] убедительно показана важная роль силы нервной системы в динамике психических состояний.

Н.Д. Левитов отмечает, что тревожное состояние — показатель слабости нервной системы, хаотичности нервных процессов. В этом состоянии на первый план выступает вторая сигнальная система, разобщенная с первой, в результате чего возникает постоянная настороженность, беспокойство. Он также указывает на условнорефлекторную природу состояния беспокойства, тревожности, ссылаясь на высказывания И.П. Павлова. Если сблизить тревогу со страхом, то это состояние должно рассматриваться в своей физиологической природе как тормозное. «Несомненно, что физиологическая основа страха есть торможение. Значит, во всем динамическом ряду — страх и боязнь, это будут все различные степени и маленькие вариации тормозного процесса» [4].

Л.В. Маришук отмечает, что в состоянии напряженности нередко наблюдается определенная диссоциация физиологических и психических показателей. «Так, при обследовании летчиков в сложных, ответственных полетах многократно регистрировались при отсутствии физических нагрузок ЧСС 150-180 уд./мин, дыхание до 30 циклов/мин и более. В то же время свои профессиональные действия эти летчики выполняли на высоком уровне мастерства... Большой интерес представляет и динамика психологических показателей. В летной практике мы видели, как по мере повышения утомления и развития напряженного состояния у летчиков начинали избирательно понижаться психологические показатели» [5, с. 79]. Сначала ухудшались показатели, которые были мало связаны с выполняемой деятельностью. Затем понизились показатели почти всех тестов, но летчики еще хорошо выполняли согласование движений и контрольные задания по пилотированию самолета, а штурманы относительно легко справлялись с тестами на оперативную память и решали свои профессиональные задачи. Наконец, все тестовые задания начинали выполняться значительно ниже исходного уровня, но профессиональная де-

1. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: Методическое пособие. — СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1994. — 16 с.
2. Диагностика здоровья: Психологический практикум / Под ред. проф. Г.С. Никифорова. — СПб.: Речь, 2007. — 950 с.
3. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни. Методические рекомендации. — Л.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1987. — 28 с.
4. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: Пособие для врачей и психологов. — СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1999. — 48 с.