

3) *the adequacy and comprehensiveness (synchronous operation by an interdisciplinary team of perhaps the most full recovery of lost function after myocardial stroke). The main means of physical rehabilitation in post-stroke period is positive, passive and active exercise, breathing exercises, massage, hidrokineziterapiya, pulsed currents, recovery massage.*

Key words: *stroke, risk factors, rehabilitation.*

УДК 796.035+615.82

Евгения Перова

Стресс и психические расстройства в травматологии

ФГБУ ФНЦ ВНИИФК (г. Москва)

Постановка научной проблемы и её значение. Анализ последних исследований. Для многих спортсменов травма представляет стрессовую ситуацию.

Термин “стресс” обозначает большой круг разнородных явлений, связанных с возникновением, проявлением и последствиями экстремальных воздействий внешней среды, конфликтами, сложной и ответственной производственной задачей, опасной ситуацией и т. д. Содержанию этого понятия уделено довольно большое внимание, различные аспекты стресса являются предметом исследований в психологии, физиологии, медицине, социологии и других науках. Проблема психологического стресса в трудовой деятельности и социальной жизни человека особенно активно стала изучаться у нас в стране и за рубежом в последние десятилетия. Этому способствовал ряд обстоятельств.

Во-первых, распространение концепций биологического стресса (Г. Селье, 1936–1979 и др.) и появление фундаментальных работ по проблемам влияния экстремальных факторов деятельности на функциональное состояние и работоспособность человека (К.К. Платонов, 1980 и др.).

Стресс как особое психическое состояние выражается не только в трудностях проявления эмоций и сводится не только к эмоциональным феноменам, а детерминируется и отражается в мотивационных, волевых, характерологических и других компонентах личности. Именно поэтому феномен стресса требует специального психологического изучения.

Задача исследования – изучить значение понятия «стресс» в научной литературе и определить взаимосвязь между стрессом и спортом.

Изложение основного материала и обоснование полученных результатов исследования. Термин “стресс” (от англ. stress – давление, напряжение) заимствован из техники, где это слово используется для обозначения внешней силы, приложенной к физическому объекту и вызывающей его напряженность, т.е. временное или постоянное изменение структуры объекта. В физиологии, психологии и медицине этот термин применяется для обозначения состояний человека, возникающих в ответ на разнообразные экстремальные воздействия. Первоначально понятие “стресс” возникло в физиологии для обозначения неспецифических реакций организма (общего адаптационного синдрома) в ответ на любое неблагоприятное воздействие.

В Советском энциклопедическом словаре стресс определяется как состояние напряжения, возникающее у человека или животного под влиянием сильных воздействий, а адаптационный синдром (общий адаптационный синдром) – как совокупность защитных реакций человека или животного (преимущественно эндокринной системы) при стрессе.

Под стрессом отдельные авторы понимают явление, выражающееся в дезорганизации поведения, вплоть до появления нервно-эмоционального срыва, так и некоторые промежуточные состояния, которые точнее было бы считать проявлением психической напряженности (Н. И. Наенко, О. В. Овчинников, 1967).

Проблемам стресса посвящено множество исследований. Так, Брем-велл и др. (Bramwell et al., 1995) обнаружили, что футболисты, подвергавшиеся значительным стрессовым ситуациям, чаще травмировались, чем футболисты, сталкивавшиеся с незначительными стрессовыми ситуациями.

Поскольку реакция на стресс по своей природе двусторонняя, то автономные, физиологические и соматические реакции человека могут влиять на мысли, чувства, оценки, внимание человека. Отри-

цательные мысли и чувства, обусловленные стрессом, могут нарушать способность человека концентрировать внимание. По мере усиления стресса происходит сужение визуального поля, что повышает вероятность травм (Williams et al., 1991).

С целью профилактики спортивных травм в качестве потенциальных “предсказателей” изучали целый ряд психологических переменных. В настоящее время прогнозирование травм основывается на личностных характеристиках. Следует отметить, что проведенные исследования подвергали критике за их атеоретичность и чрезмерную упрощенность. В частности, отмечалось, что недостаточное внимание уделялось личностным факторам (тревожность, самооценка, достижение мотивации и др.), которые взаимодействуют с различными ситуационными переменными (стрессовые события в жизни пациента и др.) и влияют на исход травмы. Сложность взаимодействия этих переменных существенно затрудняет процесс прогнозирования восприимчивости спортсмена к травмам.

Харди и Риль (Hardy, Riehl, 1988), наблюдая за представителями (обоих полов) различных видов спорта (лыжный спорт, теннис, легкая атлетика), пришли к выводу, что частоту травм можно в значительной степени прогнозировать, исходя из показателей стресса: чем выше показатели стресса, тем выше частота травм. На основании регрессивного анализа была также установлена более тесная взаимосвязь между стрессом и частотой травм у женщин вообще и у спортсменок (Kerr, Minden, 1988).

Реакция на стресс характеризуется различными психологическими и физиологическими проявлениями. Кроме хорошо известных эндокринологических и автономных изменений, стресс оказывает влияние на мысли, ощущения, чувства человека. Страхи, беспокойство, тревога могут ускорить физиологические изменения, такие, как увеличение общего мышечного напряжения, физического утомления и снижение двигательной координации / плавности движений. Эти физиологические факторы могут обуславливать взаимосвязь между испытываемым психологическим стрессом и физической травмой.

Взаимосвязь между жизненным стрессом и травмами наблюдали у членов сборной США по горнолыжному спорту. Мей и др. (May et al., 1985) обнаружили, что спортсмены с более высокими показателями жизненного стресса значительно чаще страдали головными болями, имели проблемы с ушами, горлом и носом, а также страдали расстройствами сна.

В заключение следует отметить наличие определенной взаимосвязи между стрессом, особенно отрицательным, и травмами в спорте.

Следовательно, можно сделать вывод, что стресс – это эмоциональное психическое напряжение, влияющее на адаптацию и продуктивность выполняемой деятельности, на активность и отношение личности к себе, окружающим и социальной среде.

В современной научной литературе термин “стресс” применяется, по крайней мере, в трех значениях. Во-первых, понятие “стресс” может определяться как напряжение или возбуждение под влиянием любых внешних стимулов или событий. В настоящее время эти стимулы и события чаще стали называть “стрессором”, “стресс-фактором”. Во-вторых, стресс может относиться к субъективной реакции и в этом значении он отражает внутреннее психическое состояние напряжения и возбуждения. Это состояние интерпретируется как эмоции, оборонительные реакции и процессы преодоления, происходящие в самом человеке. Такие процессы могут содействовать развитию и совершенствованию функциональных систем, а также вызывать психическое напряжение. Наконец, в-третьих, стресс может быть физической реакцией организма на предъявляемое требование или вредное воздействие (например полученная травма). Функцией этих физических реакций, вероятно, является поддержка поведенческих действий и психических процессов по преодолению этого состояния (А. Вабит, 1990; В. А. Бодров, 1995).

Среди клинических вариантов пограничных психических расстройств довольно часто при травмах отмечаются психогенные (невротические) реакции на сам факт заболевания с преимущественно неврастенической или истерической симптоматикой. Эта динамика определяется, с одной стороны, психотравмирующими факторами и личностными особенностями пациента, с другой – закономерностями течения основного болезненного процесса, в той или иной степени изменяющего психическую деятельность. Необходимость пребывания в стационаре, соблюдения постельного режима, изменение в связи с болезнью привычного образа жизни, по сути, играют роль психогенных (зачастую хронических) воздействий, в значительной мере обуславливающих развитие психопатологических расстройств. Однако в большинстве случаев здесь четко выявляется также недостаточность (органическая или функциональная) различных органов и систем, что независимо от психогенных переживаний больного ведет к определенной перестройке организма.

Общим в клинической картине у всех подобных больных является наличие психической астенизации. Картина имеющихся соматических проявлений как бы “окрашивается” астенической симптоматикой, являющейся неотъемлемой частью основного болезненного процесса и выражающейся в повышенной утомляемости, дневной сонливости, адинамии, раздражительности, вспыльчивости, гиперестезии, ослаблении внимания и памяти. Эти расстройства нередко сочетаются с головной болью, головокружением, шумом в ушах, вазовегетативными нарушениями (тахикардия, усиленная потливость, колебания артериального давления). Перечисленные психопатологические проявления в большинстве наблюдений характеризуются нерезкой выраженностью, стертой клинической картины.

При любом психотравмирующем воздействии, обуславливающим возникновение психических расстройств – невротического, невротоподобного состояний или декомпенсацию поведения у психопатических личностей, – прежде всего, происходит нарушение наиболее сложных форм социально-детерминированного адаптированного и относительно стабильного стереотипа реагирования человека на окружающее. Еще в 1911 г. было выявлено, что все невротические расстройства являются нарушением приспособления к новым внешним и внутренним обстоятельствам, обнаруживаемым “в моменты, когда индивидуальная и социальная эволюция становится наиболее трудной”. При этом, в первую очередь, страдают тонкие и высокоспециализированные особенности личностной индивидуальной приспособляемости (самоконтроль, самооценка и др.). Развивающиеся в течение жизни особенности личности, объём и характер приобретенных знаний, направленность интересов, своеобразие эмоционально-волевых качеств, моральные установки – все это создает ту или иную степень свободы реагирования человека в определённых условиях и основу индивидуальной адаптации к неблагоприятным психическим факторам, позволяет активно и целенаправленно их преобразовывать.

В силу своей неспецифичности психопатологические проявления невротического уровня могут обуславливаться различными, в том числе и соматическими, расстройствами. В этих случаях обычно преобладают астенические (неврастенические) нарушения, вегетативные дисфункции и расстройства ночного сна. Они могут превалировать на начальных этапах заболевания, наблюдаться в периоде наибольшего развития болезненного процесса (в послеоперационном периоде) и длительное время определять состояние после редукции основных расстройств. Тесно “сливаясь” с симптоматикой болезни, невротические проявления играют неравнозначную роль на различных этапах течения заболевания. Зачастую их невозможно вычленивать из общей картины заболевания.

В процессе наблюдения обнаруживается сходство имеющихся клинических проявлений с типичными симптомами депрессии. Обращает на себя внимание витальный ее характер, наличие тоски, тревоги. Больные сами констатируют “пессимистический фон” настроения, утрату прежней активности и живости. Глубина аффективных расстройств оказывается, как правило, незначительной, тревога никогда не достигает уровня ажитации. Вместе с тем выявляются стойкие тревожные опасения по поводу своего здоровья, в некоторых случаях с явной ипохондрической фиксацией. Больные постоянно говорят о предстоящих неприятностях, связанных с их соматическим недугом, ищут у окружающих поддержки и сочувствия.

В каждом из периодов реабилитации могут наблюдаться как психотические, так и непсихотические расстройства, усложняющие клиническую картину заболевания и его течения, а также создающие дополнительные трудности для содержания больных, ухода за ними и проведения лечебных мероприятий. Одним из вариантов реагирования на стресс является истероформная реакция, когда больные всячески пытаются привлечь к себе внимание окружающих, особенно врачей, задавая им малозначимые вопросы или высказывая оптимистические предположения о скорой выписке. Не сумев привлечь желаемого внимания, они лежат неподвижно, производя впечатление апатичных. На этом фоне нередко могут внезапно развиваться приступы плача, сопровождающегося причитаниями. Различные проявления у больных моторного возбуждения всегда непродолжительны и ограничиваются пределами постели.

У больных отмечается тенденция к постоянному анализу своих ощущений и возможных причин их возникновения, выискиванию у себя все новых симптомов соматического неблагополучия. Нередко отмечаются навязчивые воспоминания об обстоятельствах травмы с мучительными попытками “что-то понять” в происшедшем. Навязчивости характеризуются невозможностью составить целостную картину, резкий страх появляется при воспроизведении в памяти обстоятельств травмы.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Необходимой частью любых реабилитационных мероприятий и основой психотерапевтического процесса является взаимодействие врача и пациента. Основными задачами общения пациента с врачом являются глубокое изучение личности больного; выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению и сохранению болезненного состояния; достижение осознания больным причинно-следственной связи между особенностями его системы отношений и заболеванием; помощь в разумном разрешении психотравмирующей ситуации; изменение отношений больного, коррекция неадекватных реакций и форм поведения, что ведет к улучшению субъективного самочувствия социального функционирования пациента.

Авторы многочисленных исследований подчеркивают, что специалисты в области спортивной медицины должны объяснять спортсменам сущность травмы, цели, а также этапы процесса реабилитации. Кроме того, рекомендуется соответствующее психологическое вмешательство, чтобы помочь более эффективно преодолеть боль и фрустрацию, которые нередко имеют место в процессе реабилитации (Ievleva, Orlick, 1991; Wiese et al., 1991).

Список использованной литературы

1. Гершбург М. И. Медико-спортивная экспертиза в системе диагностики и прогноза при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата: консультация / М. И. Гершбург // Вестн. спорт. медицины России. – 1997. – № 3–4 (18–19). – С. 48–51.
2. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога / Малкина-Пых И. Г. – М : [б. и.], 2004.
3. Мельников В. И. Психологические механизмы коррекции стрессовых состояний личности / Мельников В. И. – Новосибирск : [б. и.], 2000.
4. П. А. Ф. Х. Ренстрем. Спортивные травмы : основные принципы профилактики и лечения. – Киев : [б. и.], 2002.

Аннотации

В статье рассматривается понятие “стресс” и проблема психологического стресса в профессиональной деятельности и социальной жизни человека. Для многих спортсменов травма представляет стрессовую ситуацию. Среди клинических вариантов пограничных психических расстройств довольно часто при травмах отмечаются психогенные (невротические) реакции на сам факт заболевания. Эта реакция определяется, с одной стороны, психотравмирующими факторами и личностными особенностями пациента, с другой – закономерностями течения основного болезненного процесса, в той или иной степени изменяющего психическую деятельность. Авторы многочисленных исследований подчеркивают, что специалисты в области спортивной медицины должны объяснять спортсменам сущность травмы, цели, а также этапы процесса реабилитации. Необходимой частью любых реабилитационных мероприятий и основой психотерапевтического процесса является взаимодействие врача и пациента.

Ключевые слова: стресс, спорт, реабилитация.

***Євгенія Перова. Стрес і психічні розлади в травматології.** У статті розглянуто поняття “стрес” і проблему психологічного стресу в професійній діяльності та соціальному житті людини. Для багатьох спортсменів травма становить стресову ситуацію. Серед клінічних варіантів прикордонних психічних розладів досить часто при травмах відзначаються психогенні (невротичні) реакції на сам факт захворювання. Ця реакція визначається, з одного боку, психотравмувальними факторами й особистісними особливостями пацієнта, з іншого – закономірностями перебігу основного хворобливого процесу, що тією чи іншою мірою змінює психічну діяльність. Автори численних досліджень підкреслюють, що фахівці в галузі спортивної медицини повинні пояснювати спортсменам сутність травми, цілі, а також етапи процесу реабілітації. Потрібною частиною будь-яких реабілітаційних заходів й основою психотерапевтичного процесу є взаємодія лікаря та пацієнта.*

Ключові слова: стрес, спорт, реабілітація.

***Eugenia Perova. Stress and Psychiatric Disorders in Traumatology.** This article studies the concept of “stress” and the problem of psychological stress in professional and social life. For many athletes injury is a stressful situation. Among the clinical variants of borderline mental disorders are often marked with injuries psychogenic (neurotic) reaction to the fact of the disease. This reaction is determined, on one hand, by traumatic factors and personality characteristics of the patient, on the other hand by the main flow patterns of disease process, in varying degrees, modifying mental activity. The authors of numerous studies point out that experts in the field of sports medicine should explain the nature of injuries of athletes, objectives and phases of the rehabilitation process. A necessary part of any rehabilitation measures and the basis of psychotherapeutic process is doctor-patient interaction.*

Key words: stress, sports and rehabilitation.