

УДК 159.9:61

В. О. Олефір, А. В. Павлова

ЕКСТРЕНЕ ХІРУРГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ ЯК ПСИХОТРАВМА ТА СТРАТЕГІЇ ЇЇ ПОДОЛАННЯ

Представлено результати дослідження впливу екстремного хірургічного втручання на прояви посттравматичного синдрому в молодих людей та вибір ними стратегій поведінки оволодіння. Встановлено, що у більшості ургентних пацієнтів відзначається середній рівень хірургічного психотравматичного стресу. Показано, що більшість ургентних пацієнтів молодого віку характеризується конструктивними стратегіями подолання.

Ключові слова: екстремне хірургічне втручання, стрес, тривога, психотравма, стратегії оволодіння.

Олефір В. А., Павлова А. В. Экстремное хирургическое вмешательство как психотравма и стратегии ее преодоления. Представлены результаты исследования влияния экстремного хирургического вмешательства на проявления посттравматического синдрома у молодых людей и выбор ими стратегий поведения совладания. Установлено, что у большинства ургентных пациентов отмечается средний уровень хирургического психотравмирующего стресса. Показано, что большинство ургентных пациентов молодого возраста характеризуются конструктивными стратегиями совладания.

Ключевые слова: экстремное хирургическое вмешательство, стресс, тревога, психотравма, стратегии совладания.

Olefir V. A., Pavlova A. V. Emergency Surgical Intervention as Psycho Trauma and Strategies to Overcome it. The results of studying the influence of emergency surgery for post-traumatic syndrome manifestations in young people and their choice of behavioral strategies of coping. It is established that the majority of urgent patients have average surgical traumatic stress. It is shown that the most urgent patients are characterized by younger constructive coping strategies.

Key words: emergency surgery, stress, anxiety, psychotrauma, coping strategies.

Постановка наукової проблеми та її значення. В останнє десятиріччя дуже популярними стали напрями в психології, що займаються психічними порушеннями, отриманими в результаті екстремальних ситуацій. Одним із психотравмувальних чинників для людини є екстремне хірургічне втручання. Необхідність проведення хірургічного оперативного втручання зазвичай виникає раптово на відміну від ситуації хронічної патології, до якої людина поступово адаптується. Основними проявами операційного стресу є емоційні феномени, найчастіше – тривога.

У зв'язку з цим дуже важливе значення для розуміння адаптивних психічних процесів особистості, які вона здійснює в ситуації операційного стресу, мають дослідження психології поведінки оволодіння, або копінгу.

Незважаючи на чимало досліджень і безумовні досягнення в розробленні психології копінг-поведінки в стресових ситуаціях, залишається ще багато питань і нерозкритих тем. Серед недостатньо вивчених належить і проблема поведінки оволодіння в ситуації оперативного хірургічного втручання.

Аналіз останніх досліджень із цієї проблеми. Відмінними особливостями психології пацієнта хірургічної клініки вважається очікування післяопераційного статусу, що супроводжується передопераційною і післяопераційною тривогою.

Передопераційна тривога є типовою психологічною реакцією на повідомлення про необхідність проведення хірургічної операції. Вона виражається в постійній турботі, непосидючості, неможливості зосередитися на чому-небудь, порушенні сну. Тривога проектується в майбутнє, відображаючи очікування від якості операції, майбутнього стану, задоволеності тим, що погодився на операцію. Післяопераційна тривога, яка клінічно може бути ідентичною передопераційній, пов'язана з перенесеним операційним стресом, зі звіренням очікувань і реальності [6].

Тривога розглядається в контексті стресових ситуацій як емоційний стан, що виникає в разі небезпеки. Вона є результатом виникнення або очікування фрустрації і найбільш інтимним механізмом психічного стресу. Відзначається, що тривога активує адаптивні механізми [1].

У роботах Р. Лазаруса ключем до розуміння тривоги слугує те, як людина оцінює ситуацію [4]. Він вважає, що тривога пов'язана не з патологією, а з самою природою людини. З погляду Р. Лазаруса, існують специфічні зв'язки між способом, за допомогою якого індивідуум оцінює своє ставлення до оточення, і емоцією, яку він переживає.

Джерело сучасних досліджень подолання життєвих труднощів і стресів можна знайти в роботах, опублікованих наприкінці ХІХ – початку ХХ ст. представниками психоаналітичного напрямку [7; 8]. У межах психоаналітичного підходу поведінка оволодіння у вигляді «копінгу» трактується як досконаліші форми психологічного захисту.

Проблема протидії стресу в західних дослідників отримала віддзеркалення в понятті «копінг», яке, згідно з Оксфордським англій-

ським словником, пропонується вживати в значенні «успішно справитися, долати».

У вітчизняній психології поняття «копінг» включено в структуру стресу й перекладається як психологічне подолання, що включає комплекс способів і прийомів подолання дезадаптації і стресових станів [2; 3].

Зарубіжні дослідники визначають його як «...когнітивні й поведінкові зусилля, що постійно змінюються, які прикладені людиною для того, щоб справитися зі специфічними зовнішніми і/або внутрішніми вимогами, які надмірно напружують або перевищують ресурси людини» [5, 214].

Основні завдання копінгу:

1) мінімізація негативних дій обставин і підвищення можливостей відновлення (одужання);

2) терпіння, пристосування або регулювання, перетворення життєвих ситуацій;

3) підтримка позитивного, позитивного «образу Я», упевненості в своїх силах;

4) підтримка емоційної рівноваги;

5) підтримка, збереження досить тісних взаємозв'язків з іншими людьми [6].

Успішність подолання залежить від реалізації перерахованих завдань.

Процес подолання стресу залежить від особливостей впливу на нього ряду чинників, таких як статеві, вікові, демографічні, особистісні особливості людини, умови зовнішнього середовища, криза життя, індивідуальна значущість і оцінка ситуації та інших, які, зокрема, визначають вибір й ефективність копінг-стратегій.

Отже, процеси подолання стресу зумовлюються складною взаємодією, по-перше, особистісних і соціальних чинників, по-друге, типом стресової ситуації (стресорів) і, по-третє, відмінностями в стратегіях протидії стресу, що вимагає подальших досліджень проблеми спільності і специфічності способів подолання стресу в різних життєвих ситуаціях різними категоріями людей.

Мета дослідження – дослідити екстрене хірургічне втручання як різновид психотравми та стратегії її подолання ургентними пацієнтами.

Завдання – вивчити стан пацієнтів після екстреного хірургічного втручання за допомогою виявлення в них проявів посттравматичного

синдрому; визначити стратегії подолання стресу, які обирають пацієнти; виявити зв'язок між симптомами психотравми та стратегіями поведінки оволодіння у пацієнтів.

Процедура та методи дослідження. Вибірку склали 45 осіб – ургентні пацієнти Інституту загальної та невідкладної хірургії АМН України, віком 19–26 років.

У дослідженні було використано:

1. «Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків» І. О. Котеньова, який дає змогу дослідити прояви посттравматичного синдрому та містить 13 шкал.

2. Опитувальник «Шкала SACS» С. Хобфолла, у якому опитувальник містить дев'ять моделей поведінки оволодіння.

Для обробки отриманих даних використовувалися методи математичної статистики. Аналіз проведено в пакеті Statistica 7.0.

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження. Аналіз отриманих даних за методикою І. О. Котеньова показав, що за шкалою оптимізму на високому рівні перебуває найбільша кількість респондентів – 62,2 %. Вони життєрадісні, енергійні, ініціативні, в будь-якій ситуації шукають позитивні моменти, мають підвищений емоційний фон. 37,8 % респондентів перебуває на середньому рівні. Вони мають часткову вираженість характеристик оптимізму. На низькому рівні респондентів немає.

Наступна за кількістю постраждалих на високому рівні – шкала «провина того, хто вижив» – 33,3 % респондентів. Це відчуття вини нерідко притаманне тим, хто страждає від «емоційної глухоти» (нездатності пережити радість, любов, співчуття і т. д.) після травмуючих подій. Багато жертв психотравми готові на що завгодно, лише б уникнути нагадування про трагедію. На середньому рівні перебуває 66,7 % респондентів. Для них характерний частковий прояв цих симптомів. На низькому рівні респондентів немає.

Проблеми зі сном (труднощі із засипанням та переривистий сон) на високому рівні мають 28,9 % постраждалих. Регулярне недосипання, що призводить до крайнього нервового виснаження, доповнює картину симптомів психотравматичного стресу. Більшість постраждалих (64,4 %) характеризується частковим виявленням проблем зі сном. Лише 6,7 % респондентів мають нормальний сон.

Агресивність притаманна на високому рівні для 28,9 % постраждалих. Для них характерне прагнення розв'язувати проблеми за допо-

могою грубої сили. На середньому рівні перебуває більшість постраждалих – 71,1 %. Для них характерна часткова вираженість агресивних рис. На низькому рівні респондентів немає.

Надпильність на високому рівні мають 24,4 % постраждалих. Вони уважно стежать за всім, що відбувається навколо, немов їм постійно загрожує небезпека. На середньому рівні перебуває більшість постраждалих – 75,6 %. Для них характерні часткові прояви надпильності. На низькому рівні респондентів немає.

Порушення пам'яті та концентрації уваги на високому рівні мають 22,2 % респондентів. Вони зазнають труднощів, коли вимагається зосередитися або щось пригадати принаймні в певних обставинах. На середньому рівні перебуває більшість постраждалих – 71,1 %. Для них характерні часткові прояви вищезазначених симптомів. На низькому рівні перебуває 6,7 % респондентів. У них процеси пам'яті та концентрації уваги у нормі.

Непрошені спогади на високому рівні мають 20 % респондентів. Яскраві образи минулого «обрушуються» на психіку і викликають сильний стрес. Головна відмінність від звичайних спогадів полягає в тому, що психотравматичні «непрошені спогади» супроводяться сильними відчуттями тривоги і страху. На середньому рівні перебуває більшість постраждалих – 80 %. Для них характерна часткова вираженість вищезазначених симптомів. На низькому рівні респондентів немає.

Депресію на високому рівні виявлення мають 13,3 % респондентів. У стані психотравматичного стресу депресія посилюється, доходючи до відчаю, постраждалим здається, що все безглуздо й марно. Її супроводять нервові виснаження, апатія і негативне ставлення до життя. На середньому рівні перебуває більшість постраждалих – 80 %. У них бувають часткові прояви депресії. На низькому рівні перебуває 6,7 % респондентів, вони не мають депресивних проявів.

Високий рівень тривожності мають 11,1 % постраждалих. Тривожність у них виявляється на фізіологічному рівні (ломота в спині, спазми шлунку, головні болі), в психічній сфері (постійна турбота і заклопотаність), в емоційних переживаннях (постійне відчуття страху, невпевненість в собі, комплекс вини). На середньому рівні перебуває більшість постраждалих – 77,8 %. Для них характерне часткове виявлення симптомів тривожності. Низький рівень мають 11,1 % респондентів, їхній рівень тривожності в нормі.

Перебільшене реагування на високому рівні характерне для 6,7 % ургентних пацієнтів. При щонайменшій несподіванці вони роблять стрімкі рухи, раптово здригаються, кидаються бігти, голосно кричать і т. д. На середньому рівні перебуває більшість постраждалих – 75,6 %. Адекватно реагують на ситуацію 17,7 % респондентів, які перебувають на низькому рівні за цією шкалою.

Притупленість емоцій на високому рівні має 2,2 % постраждалих. Іноді вони повністю або частково втрачають здібність до емоційних проявів. На середньому рівні перебуває 31,1 % постраждалих. У них іноді буває часткова втрата здібності до емоційних проявів. Нормальний емоційний тон мають 66,7 % респондентів, тобто більшість.

Респондентів, які мають високий рівень приступів роздратування (нападів люті) немає. Більшість постраждалих має середній рівень – 66,7 %. Це означає, що в деяких ситуаціях вони схильні до цих нападів. Низький рівень мають 33,3 % пацієнтів, вони вміють контролювати свої емоції.

Постраждалих, які зловживають наркотичними й лікарськими засобами, на високому рівні немає. Більша половина перебуває на середньому рівні – 55,6 %. Такі постраждалі, щоб понизити інтенсивність психотравматичних симптомів, можуть почати зловживати тютюном, алкоголем і т. д. Низький рівень у 44,4 % пацієнтів, вони не мають наміру зловживати наркотичними й лікарськими засобами.

Аналіз показав, що за шкалами «надпильність» – (75,6 %), «перебільшене реагування» – (75,6 %), «агресивність» – (71,1 %), «порушення пам'яті» – (71,1 %), «депресія» – (80,0 %), «тривожність» – (77,8 %), «приступи люті» – (66,7 %), «зловживання наркотичними і лікарськими засобами» – (55,6 %), «непрошені спогади та галюциаторні переживання» – (80,0 %), «проблеми зі сном» – (64,4 %) та «відчуття провини» – (66,7 %) пацієнти перебувають на середньому рівні вираженості. Виняток дві шкали: «притупленість емоцій», в якій найбільша кількість постраждалих (66,7 %) перебуває на низькому рівні, та «оптимізм», в якій найбільша кількість постраждалих (62,2 %) – на високому рівні.

Отже, більшість ургентних пацієнтів перебувають на середньому рівні хірургічного психотравматичного стресу.

Які ж стратегії подолання стресу обирають ургентні пацієнти? Аналіз даних показує, що 28,9 % респондентів характеризуються високим рівнем використання стратегії подолання «асертивні дії»;

44,4 % респондентів – середній рівень і 26,7 % респондентів – низький рівень. 48,9 % респондентів мають високий рівень використання стратегії «вступ до соціального контакту», у 24,4 % респондентів середній рівень використання стратегії «вступ до соціального контакту», у 26,7 % респондентів низький рівень використання цієї стратегії. У 55,6 % респондентів високий рівень використання стратегії «пошук соціальної підтримки», у 31,1 % респондентів середній рівень використання цієї стратегії і у 13,3 % респондентів низький рівень використання цієї стратегії. 44,4 % респондентів характеризуються високим рівнем використання в стресогенних ситуаціях обережних дій, 48,9 % – середнім рівнем, 6,7 % респондентів – низьким. У 24,4 % респондентів виявлено високий рівень використання імпульсних дій, у 44,5 % респондентів – середній рівень і у 31,1 % респондентів – низький рівень. 57,8 % респондентів схильні до високого рівня використання стратегії «уникнення», у 37,8 % – середній рівень і у 4,4 % респондентів – низький рівень використання цієї стратегії. До маніпулятивних дій у стресових ситуаціях вдаються 13,3 % респондентів на високому рівні прояву, 57,8 % – на середньому і 28,9 % респондентів мають низький рівень використання цієї стратегії. Високий рівень застосування асоціальних дій притаманний 17,8 % респондентам, середній рівень – 31,1 % респондентів і 51,1 % респондентів мають низький рівень цієї стратегії. Стратегія «агресивні дії» на високому рівні прояву притаманна 57,8 % респондентів, у 28,9 % респондентів – середній рівень застосування цієї стратегії, у 13,3 % респондентів – низький.

За результатами розподілу відсоткового співвідношення стратегій подолання ургентні пацієнти більшою мірою користуються активними просоціальними стратегіями подолання, використовуючи при цьому такі моделі поведінки, як «пошук соціальної підтримки» (13,5 %) та «вступ до соціального контакту» (13,4 %). Вони віддають перевагу гнучкій, активній поведінці, направленій на соціальну взаємодію. Перебуваючи в стресовій ситуації, ургентні пацієнти ведуть себе активно, заповзятливо, самостійно шукають способи розв'язання проблеми. Вони вільно вступають у соціальний контакт, у разі потреби просять про допомогу, охоче приймають підтримку близьких людей.

Наступною за значущістю для ургентних пацієнтів є пасивна стратегія подолання – обережні дії (12,9 %). Такі постраждалі обирають пасивну поведінку, направлену на соціальну взаємодію. Для них притаманні нерішучість, обережність і відмова від відповідальності.

Четверту позицію займає активна стратегія подолання – асертивні дії (11,2 %). Такі пацієнти здатні не залежати від зовнішніх впливів і оцінок, самостійно регулювати власну поведінку й відповідати за неї. Їх дії упевнені й продумані.

П'яте місце займає асоціальна стратегія подолання – агресивні дії (10,9 %). Агресивна поведінка поєднує в собі ворожий настрій щодо оточення та емоційний стан гніву й злості. Використання в стресових ситуаціях агресивних й імпульсних способів поведінки зумовлено насамперед відсутністю конструктивних навиків розв'язання життєвих проблем.

На шостому місці опинилася пасивна стратегія подолання – уникнення (10,3 %). Такі пацієнти уникають напруженої роботи й відповідальності за наслідки. Вважають за краще відкласти ухвалення рішення на невизначений термін, а може і дочекатися моменту, коли ситуація вирішиться сама собою.

Меншою мірою ургентні пацієнти користуються такими стратегіями подолання, як «асоціальні дії» (8,0 %), «імпульсні дії» (9,7 %), «маніпулятивні дії» (10,1 %).

Отже, більшість ургентних пацієнтів (71,2 %) має високу конструктивність стратегій подолання. Конструктивні стратегії є і активними, і просоціальними. Активне подолання в сукупності з позитивним використанням соціальних ресурсів підвищує стресостійкість людини.

Середню конструктивність стратегій подолання мають 24,4 % постраждалих. Їхні моделі поведінки можуть перешкоджати успішності подолання стресів.

Низьку конструктивність стратегій подолання мають 4,4 % респондентів. Моделі поведінки, які вони обирають, перешкоджають успішності подолання стресів, а також негативно впливають на збереження здоров'я.

Результати кореляційного аналізу між проявами посттравматичного синдрому та стратегіями подолання показали, що надпильні пацієнти схильні обирати модель поведінки «агресивні дії» ($r = 0,46$; $p \leq 0,01$). Цей зв'язок можна пояснити тим, що внутрішня причина агресії – це страх, тож потрібно бути надпильними, щоб зрозуміти з якого боку загрожує небезпека.

Ургентні пацієнти, які мають притупленість емоцій, не обирають стратегії поведінки «вступ до соціального контакту» ($r = -0,46$;

$p \leq 0,01$), пошук соціальної підтримки ($r = -0,36; p \leq 0,05$) та «обережні дії» ($r = -0,34; p \leq 0,05$).

Агресивні постраждалі обирають стратегії подолання «імпульсні дії» ($r = 0,43; p \leq 0,01$), «агресивні дії» ($r = 0,47; p \leq 0,01$) та уникають соціальних контактів ($r = -0,39; p \leq 0,05$), мають низьку конструктивність стратегій подолання ($r = -0,54; p \leq 0,01$).

Постраждалі, які мають порушення пам'яті та концентрації уваги, не обирають стратегію поведінки «асоціальні дії» ($r = -0,35; p \leq 0,05$).

Постраждалі, які перебувають у стані депресії, не схильні обирати стратегії подолання «вступ до соціального контакту» ($r = -0,42; p \leq 0,01$) та «обережні дії» ($r = -0,48; p \leq 0,01$). Такий зв'язок можна пояснити важкістю стану постраждалих.

Пацієнти, які мають високий рівень тривожності, схильні обирати стратегію «агресивні дії» ($r = -0,55; p \leq 0,001$) й у зв'язку з цим мають низький індекс конструктивності ($r = -0,39; p \leq 0,05$) та не схильні до асертивних дій ($r = -0,31; p \leq 0,05$). Це можна пояснити тим, що внутрішня причина агресії – це страх, вони тривожні, тому що бояться.

Пацієнти, у яких бувають приступи люті схильні до застосування агресивних дій ($r = 0,34; p \leq 0,0$) і мають низький індекс конструктивності ($r = -0,38; p \leq 0,05$). Зв'язок між змінними цілком логічний і тривіальний.

Пацієнти, які мають звичку зловживати наркотичними й лікарськими засобами, обирають стратегії подолання «пошук соціальної підтримки» ($r = 0,36; p \leq 0,05$), «маніпулятивні дії» ($r = 0,52; p \leq 0,001$), «асоціальні дії» ($r = 0,44; p \leq 0,01$) та «агресивні дії» ($r = 0,35; p \leq 0,05$). Такі взаємозв'язки можна пояснити тим, що люди, які схильні зловживати наркотичними засобами, щоб знизити свій рівень тривожності, «розслабитися», шукають соціальної підтримки, тому що безпорадні, маніпулюють оточенням та схильні до асоціальних вчинків, причинами яких є тривога і страхи.

Пацієнти, у яких психотравма протікає у вигляді непрошених спогадів та галюцинаторних переживань, схильні вдаватися до пасивної стратегії подолання – «уникання» ($r = 0,42; p \leq 0,01$).

Оптимісти використовують такі стратегії: «пошук соціальної підтримки» ($r = 0,31; p \leq 0,05$), «уникнення» ($r = 0,31; p \leq 0,05$), «маніпулятивні дії» ($r = 0,44; p \leq 0,01$) та «асоціальні дії» ($r = 0,40; p \leq 0,01$). Можливо, використання асоціальних стратегій оптимістами зумовлено їх рівнем стресу.

Отже, статистично значущі кореляційні зв'язки простежуються або між близькими за змістом симптомами та стратегіями подолання, або симптомами та стратегіями, які зумовлені якимось іншим чинником.

Висновки. 1. Більшість ургентних пацієнтів перебуває на середньому рівні хірургічного психотравматичного стресу, проте їм притаманні здатність до вільного вираження емоцій та оптимізм.

2. Ургентні пацієнти більшою мірою схильні в ситуації стресу користуватися такими стратегіями подолання, як «пошук соціальної підтримки», «вступ до соціального контакту» «обережні дії», «асертивні дії», «агресивні дії» та «уникнення». Меншою мірою їм притаманні такі стратегії подолання, як «асоціальні дії», «імпульсні дії» та «маніпулятивні дії». Більшість ургентних пацієнтів характеризується конструктивними стратегіями подолання, що підвищує їхню стресостійкість.

3. Значущі кореляційні зв'язки простежуються між близькими за змістом симптомами та стратегіями подолання. Всі отримані взаємозв'язки досить природні та логічні для випробовуваних, які перебувають у психотравматичному стресі.

Дослідження проблеми екстреного хірургічного втручання як психотравми показує її складність і багатогранність. Перспективу подальших досліджень ми вбачаємо у виявленні особливостей копінг-поведінки в ургентних пацієнтів залежно від віку, статі, рівня освіти.

Список використаної літератури

1. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – М. : Наука, 1988. – 277 с.
2. Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В. А. Бодров. – М. : ПЕР-СЭ, 2006. – 453 с.
3. Крюкова Т. Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни : автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Т. Л. Крюкова. – М., 2005. – 26 с.
4. Лазарус Р. С. Индивидуальная чувствительность и устойчивость к психологическому стрессу / Р. С. Лазарус // Психологические факторы на работе и охрана здоровья. – М. : Женева, 1989. – 375 с.
5. Лазарус Р. Стресс, оценки и поведение / Р. Лазарус, С. Фолкман. – М. : Педагогика-Пресс, 1994. – 425 с.
6. Менделевич В. Д. Клиническая (медицинская) психология / В. Д. Менделевич. – М. : МЕДпресс, 2001. – 592 с.
7. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы / А. Фрейд. – М. : Педагогика-Пресс, 1993. – 456 с.
8. Фрейд З. Введение в психоанализ / З. Фрейд. – М. : Наука, 1989. – 491 с.