

Типология личности в патогенезе системных расстройств у пострадавших с легкой механической травмой

Бодань С.М., Коровин А.Е., Дергунов А.В.

Резюме. У статті розглянуто типологічні особливості особистості у потерпілих з легкою механічною травмою і проведення заходів, щодо психофізіологічної корекції функціонального стану хворого з урахуванням виявлених його індивідуально-психологічних якостей. Найбільш ефективними методами виявлення типологічних особливостей особистості хворого є спостереження і вербальний контакт.

Ключові слова: типологія особистості, астено-невротичний тип, епілептоїдно-збудливий тип, гіпертимний тип.

Актуальность. Легкая механическая травма (ранение) является актуальной проблемой мирного и военного времени [5, 9]. Подобные повреждения чаще встречаются у лиц молодого и среднего возраста. Поэтому восстановление в строй наиболее трудоспособной и боеспособной части населения можно считать не только медицинской, но и экономической и стратегической проблемой.

В патогенезе системной реакции на легкое повреждение важное значение имеет характер личностного реагирования пострадавшего [8]. Тип личности нередко является детерминантой степени патологической реакции на легкую травму [3, 7]. Поэтому роль личностной типологии в патогенезе системных расстройств в посттравматическом периоде трудно переоценить.

Результаты и их обсуждение. Наиболее часто встречаются три стереотипа поведения пострадавших с легкой травмой, соответствующие астено-невротическому, эпилептоидно-возбудимому и гипертимному типам личности.

Астено-невротический тип. Свойства личности проявляются повышенной утомляемостью, раздражительностью и склонностью к ипохондрии: больные внимательно прислушиваются к своим телесным ощущениям, охотно лечатся, укладываются в постель, подвергаются врачебным осмотрам. Наиболее частым источником ипохондрических переживаний у обследованных лиц становятся различные, даже самые незначительные признаки «ненормальной» работы

сердца. У них снижены автономность, работоспособность. Нервно-психическое состояние свидетельствует о наличии повышенного отрицательного нервно-эмоционального напряжения.

Эпилептоидно-возбудимый тип. Основными чертами личности являются аффективная взрывчатость, склонность к возникновению злобно-тоскливого настроения с чувством внутренней раздраженности, недовольство окружающим. Для этих лиц характерны жестокость, неадекватная злобность, агрессия, разрушительные тенденции, возникающие беспричинно или под влиянием незначительных ситуационных моментов.

Выявляется пассивно-оборонительная позиция и смешанный тип реагирования; незначительно выражены концентричность и противоречивость, неустойчивость личности. Среднее значение показателя работоспособности. Психологическое состояние свидетельствует о наличии повышенного отрицательного нервно-эмоционального напряжения.

Гипертимный тип. Основные особенности свойств личности у больных этого типа выражаются в повышенном настроении, постоянной активности, высоком жизненном тоне, энергии. Выявляются стеничность, активная позиция, высокий уровень притязаний и мотивации достижений. Они отличаются находчивостью, изобретательностью, остроумием, стремятся к лидерству.

Умеренно изменены концентричность, противоречивость, регистрируется неустой-

чивость личности, а также преобладание активности симпатического отдела нервной системы. Показатели работоспособности достаточно высокие в посттравматическом периоде. Нервно-психическое состояние свидетельствует о наличии несколько повышенного отрицательного психо-эмоционального напряжения.

Под психологической поддержкой больных с ЛМТ понимается использование лечащим врачом комплекса средств и методов психофизиологической коррекции в целях повышения устойчивости пациента к стрессорам посттравматического периода. Основными стрессорами следует считать патологическую боль (при подготовке к операции или манипуляции, при выполнении хирургического пособия), страх и выраженное психоэмоциональное напряжение, обусловленные ожиданием боли и личностной оценкой последствий травмы для продолжения своей трудовой деятельности. В отличие от больных с тяжелыми травмами, когда речь идет, как правило, о сохранении жизни и лишь затем о профессиональной реабилитации, особое значение для пациентов с ЛМТ приобретает возможность полного восстановления профессионально важных функций и качеств [2].

Представляется очевидным, что психологическая поддержка должна быть наиболее эффективной в момент оказания медицинской помощи на ранних этапах лечения ЛМТ, так как хирургическое пособие проводится под местной и (или) проводниковой анестезией, что обеспечивает постоянный взаимный вербальный контакт между врачом и пациентом.

Известно, что без соответствующей психологической поддержки у некоторых больных с ЛМТ после получения дозированной информации об окончательном диагнозе и осознания необходимости длительного лечения развиваются особые поведенческие реакции, например, отказ от дальнейшего обследования и даже от лечения вообще, что может приводить к тяжелым осложнениям.

Таким образом, при лечении пациентов с ЛМТ хирургу (травматологу) целесообразно осуществлять так называемую совмещен-

ную деятельность, под которой понимается одновременное выполнение задач, имеющих различную структуру и содержание, причем без ущерба качеству основной работы.

Основной деятельностью врача при оказании медицинской помощи является оказание соответствующего травме хирургического пособия, а дополнительной – оценка типологических особенностей личности и проведение мероприятий по психофизиологической коррекции функционального состояния больного с учетом выявленных его индивидуально-психологических качеств.

В данном случае, успешность совмещенной деятельности определяется наличием соответствующих профессиональных навыков врача и имеющимися у него резервами внимания, необходимыми для проведения мероприятий психологической поддержки. Величина резервов внимания зависит от сформированности профессиональных навыков.

С физиологической точки зрения, трудность совмещения различных действий заключается в противодействии процессу торможения в ЦНС (которое устраняет другую деятельность) при выполнении одной из задач и одновременного поддержания достаточно высокого потенциала возбуждения, необходимого для успешного решения каждой задачи как минимум в двух различных функциональных системах головного мозга [1]. Сила и стойкость доминантных очагов возбуждения, образующихся при выполнении совмещенных задач, а также их воздействие на другие очаги выражены тем сильнее, чем более сложной является задача [4].

Следует иметь в виду не только абсолютную сложность, определяемую структурой задачи, но и относительную сложность, обусловленную как условиями совмещения, так и взаимовлиянием структур совмещенной работы. Наибольший помехообразующий эффект возникает при совмещении задач, близких по своей психофизиологической структуре.

Таким образом, способность хирурга к выполнению совмещенной деятельности является необходимым профессионально важным качеством, особенно для специалистов, оказывающих первую неотложную хирурги-

ческую (травматологическую) помощь и работающих с использованием местного и (или) проводникового обезболивания.

С момента поступления больного с ЛМТ до оказания соответствующей помощи у врача имеется ограниченная возможность проведения оценки типологических свойств личности пациента, причем в условиях лимита времени, который составляет не более 10-15 минут. Естественно, что никакие, даже сокращенные психодиагностические тесты в данном случае применить не представляется возможным [6], в том числе из-за необходимости проведения основных диагностических мероприятий (рентгенологическое обследование, диагностика повреждений нервов, сосудов, сухожилий и т. п.).

Наиболее эффективными методами выявления типологических особенностей личности больного в этих случаях являются

наблюдение и вербальный контакт. Дополнительную информацию о функциональном состоянии пациента врач может получить путем регистрации основных показателей вегетативной нервной системы.

В результате проведенных исследований 117 пациентов с ЛМТ в предоперационно-предманипуляционном периоде позволило выделить наиболее часто встречающиеся у них дифференциально-диагностические признаки соответствующих поведенческих стереотипов (табл. 1).

Таким образом, признаки, указанные в таблице, помогают амбулаторному хирургу (травматологу) определять тип личности пострадавшего и учитывать при проведении мероприятий психологической поддержки с учетом его индивидуально-психологических свойств.

Таблица 1

Дифференциально-диагностические признаки типов личности больных с ЛМТ в предоперационно-предманипуляционном периоде

Признаки	Типы личности		
	эпилептоидно-возбудимый	гипертимный	астено-невротический
Общее состояние	умеренное возбуждение, возможна легкая заторможенность	как правило спокойные, уравновешенные	«плаксивое» возбуждение
Двигательная активность	понижена	как правило не изменена	высокая
Вербальный контакт с врачом	затруднен	не изменен	избыточен
Кожные покровы	бледные, влажные	обычной окраски, сухие	гиперемия, влажные
Частота сердечных сокращений в 1 мин	80–100	60–80	> 100
Частота дыхания в 1 мин	14–18	12–16	> 18
Развитие невротоподобных состояний	вероятно	редко	свойственно

Выводы. Таким образом, при лечении пострадавших с ЛМТ необходим системный подход к личности больных, предусматривающий не только традиционные врачебные приемы, но и психологическую поддержку, которая должна проводиться дифференцированно с учетом индивидуально-психологических особенностей и поведенче-

ского стереотипа больных. Наиболее перспективными в этом отношении являются разработка системы психологической поддержки больных в предоперационно-предманипуляционных периодах, во время операции или манипуляции, а также подготовка клинических специалистов в области амбулаторной хирургии и травматологии по

вопросам психофизиологического сопровождения лечебного процесса.

Список использованных источников

1. Бехтерева Н.П. О мозге человека / Н.П. Бехтерева. – СПб.: Нотабене, 1997. – 65 с.
2. Коровин А.Е. Личностная типология пострадавших с легкой механической травмой / А.Е. Коровин, А.М. Войтенко // Второй Российский конгресс по патофизиологии: Патофизиология органов и систем. Типовые патологические процессы. – М.: РГМУ, 2000. – С. 25–26.
3. Коровин А.Е. Тип личности как детерминанта патологической реакции желчевыводящей системы на легкую механическую травму верхних конечностей / А.Е. Коровин // Клинич. патофизиология. – 2003. – № 1. – С. 36–40.
4. Крыжановский Г.Н. Дизрегуляторная патология и патологические интеграции в нервной системе / Г.Н. Крыжановский // Жур. неврол. и психиатр. – 2009. – № 1. – С. 4–9.
5. Погодин Ю.И. Тип личности как детерминанта расстройств кровообращения после легкой травмы в экстремальных условиях / [Ю.И. Погодин, В.Ю. Шанин, А.А. Боченков, А.Е. Коровин] // Медицина катастроф. – 2008. – № 1 (61). – С. 29–31.
6. Шанин В.Ю. Психологическая поддержка больных с легкой механической травмой как компонент психофизиологического сопровождения лечебного процесса / В.Ю. Шанин, В.Н. Сысоев, А.Е. Коровин // Клинич. мед. и патофизиология. – 2000. – № 2. – С. 54–57.
7. Шанин В.Ю. Тип личности как детерминанта патологических реакций в системе кровообращения у больных после легкой механической травмы / [В.Ю. Шанин, А.Е. Коровин, И.А. Ритов, Ю.Л. Кипецкий] // Травматол. и ортопед. России. – 2007. – № 3. – С. 150–151.
8. Shanin Yu.N. The role of personality types in pathogenesis of brain disorders among the patient with light mechanical trauma / Yu.N. Shanin, V.Yu. Shanin, A.Ye. Korovin // Int. J. Immunorehabilitation. – 2000. – Vol. 2. – № 1. – P. 48–49.
9. Shanin V.Yu. Systemic pathological reactions in patients with mild mechanical trauma / V.Yu. Shanin, A.Ye. Korovin, A.V. Barsukov // Madrid: Pap. of 16-th European meeting on hypertension, 2006. – P. 411.

Типология личности в патогенезе системных расстройств у пострадавших с легкой механической травмой

Бодань С.М., Коровин А.Е., Дергунов А.В.

Резюме. В статье рассмотрены типологические особенности личности у пострадавших с легкой механической травмой и проведение мероприятий по психофизиологической коррекции функционального состояния больного с учетом выявленных его индивидуально-психологических качеств. Наиболее эффективными методами выявления типологических особенностей личности больного является наблюдение и вербальный контакт.

Ключевые слова: типология личности, астено-невротический тип, эпилептоидно – возбудимый тип, гипертимный тип.

Types of personality in the pathogenesis of systemic disorders in affected with mild mechanical trauma

Bodan' S., Korovin A., Dergunov A.

Summary. The article examines the typological features of personality in victims with mild mechanical trauma and conduct activities on psychophysiological correction of functional state of the patient, taking into account the identified its individual psychological characteristics. The most effective methods of detecting typological characteristics of the individual patient is an observation and verbal contact.

Key words: personality typology, asthenic-neurotic type, epileptoidno-excitabile type, typehipertymnyy.