

2.1 Реакция на болезнь. Стресс. Стрессогенные факторы.

Как уже отмечалось, восстановление нарушенных функций организма при заболеваниях и после травм, как основная задача реабилитации, не может быть полноценным без собственного **активного участия пациента** в этом процессе. Если ряд медицинских вмешательств, таких, как хирургическая операция, реанимационные мероприятия и т.п., возможны с позиции так называемого патерналистского подхода (**патерналистский** – от лат.: *paternus* – «отцовский, отеческий»), когда роль лечащего является ведущей, то в период долечивания и реабилитации для достижения цели необходимо так называемое **партнёрское взаимодействие** представителя помогающей профессии с самим пациентом (Камалиева И.Р., 2019; Лядова А.В., Лядова М.В., 2019). От самого пациента, как полноправного участника этого взаимодействия, зависит соблюдение назначений и рекомендаций врача – от режима и диет, до пересмотра и изменения образа жизни, выработанных ранее привычек и установок. Период медицинской реабилитации в целом ряде случаев может занять достаточно длительный срок и требовать от пациента в это время немало волевых усилий и дисциплинированности. Даже личность, преморбидно (до болезни) достаточно зрелая и психологически устойчивая может справляться с такими задачами не всегда идеально. А особенности заболевания или травмы, вместе с упомянутыми преморбидными особенностями личности, могут вызывать так называемые деструктивные варианты эмоциональной **реакции на болезнь**. Кроме снижения собственной активности в реабилитационном процессе и отказа – полного, или частичного – в лечебных мероприятиях этого периода, указанные варианты реакции на болезнь могут быть основой для развития уже **вторичных расстройств**. Среди этих вторичных расстройств особо стоит выделить **психические расстройства** аффективного спектра: самые разные проявления **депрессий**, а также **расстройства адаптации**. Нельзя не отметить и случаи начала **злоупотребления алкоголем** или другими психоактивными веществами на основе **переживаний из-за болезни** и её последствий. Значит, вместе с

упоминаемыми уже мерами мотивационного характера, выработкой психологической установки на **комплаенс** (приверженность к определённому курсу лечения и реабилитации), психологической и психотерапевтической поддержкой в адаптации к жизни в новых для больного условиях, необходима профилактика, а в ряде случаев и лечение стрессовых психических расстройств, которые могут возникнуть именно в период медицинской реабилитации.

Говоря о психологической и психотерапевтической помощи в системе оказания комплексной реабилитации больных, стоит уточнить и разобрать ещё несколько необходимых определений, понятий и терминов.

Прежде всего, это касается понятия «**стресс**», означающего «напряжение», «нажим», «давление». Впервые этот термин предложил Ганс Селье в 1926 году, позаимствовав его из науки о сопротивлении материалов, понимая под ним совокупность неспецифических реакций организма на любое требование извне. Современное определение стресса – это системная реакция организма на биологическое, химическое, физическое или психологическое воздействие (стрессор), имеющее приспособительное значение (Петрова Н.Н., Пашковский В.Э., 2023).

Выделяют два вида стресса. **Острый стресс**, где имеют место ситуации конфликта, с условиями противоречивых требований и мотиваций, фрустрация – блокирование реализации актуальной потребности, а также – кризис, с необходимостью значительного и резкого изменения стереотипов деятельности. Второй вид стресса - **хронический**, когда на первый план выходит не только и не столько интенсивное одномоментное воздействие на психику, как при остром стрессе, а воздействие, даже возможно умеренное, но длительное или часто повторяющееся.

Согласно Г.Селье, наблюдавшего больных, страдающих расстройствами различных систем организма, у всех из них проявлялись общие симптомы, описанные им, как «синдром просто болезни»: изменения в коре надпочечников (кровоизлияния, увеличение размеров), истощение

лимфоидной ткани, изъязвления в желудке. Эти признаки – следствие активизации работы надпочечников, выброса в кровь биологически активных веществ, названные им неспецифическими приспособительными реакциями организма. Специфические приспособительные реакции организма на стимулы, воздействующие на организм – это, например, повышение потоотделения при жаре, либо – дрожи при холоде.

Источники **стимулов, вызывающие** такие специфические и неспецифические **приспособительные реакции**, называемые также терминами «**стрессор**», «**стрессогенный фактор**», «стресс-ситуация» - это чрезвычайные или патологические раздражители, довольно значительные по силе и продолжительности.

Стресс – не есть обязательно вредное и деструктивное явление, которого стоит избегать. Так называемый **эустресс** – напряжение, вызванное вполне положительными событиями, субъективно воспринимаемыми, как приятные и полезные, вызывающие прилив сил и заряд бодрости. Неприятные стрессовые состояния, вызывающие отрицательные переживания, вызывающие ослабление ресурсов, называют **дистрессом**. Тем не менее, граница между эустрессом и дистрессом, между «пользой и вредом» от них, на самом деле, достаточно прозрачная, субъективная, неоднозначная и условная. Дело в том, что и ответ на «положительный», приятный стресс может быть избыточным и вызывающим негативные последствия в организме (например, гипертонический криз или обморок в ответ на радостное известие), а «негативный» стресс порой помогает справиться с трудной ситуацией и преодолеть ранее непреодолимое препятствие.

В отличие от животных, физиологическая реакция человека может определяться не только непосредственным влиянием стрессора, но и его психологическим воздействием на личность (Шойгу Ю.С. с соавт., 2009). Лазарус Р.(1970) разделяет системный (физиологический) и психический (эмоциональный) стресс. В рамках его теории различия между системным и психологическим стрессом заключаются в том, что при втором,

эмоциональном (психологическом) стрессе прямого повреждающего воздействия на организм может и не быть. Необходимым условием для него является восприятие угрозы, а своего рода сигналом, указывающим на недостаточность функциональных резервов, является чувство тревоги, поводом для которой может стать весьма субъективное и неоправданное восприятие ситуации.

Динамика общего адаптационного синдрома, или стресс-реакции по Г.Селье, включает в себя три стадии: «тревога и напряжение»; «сопротивление-резистенция» и «истощение».

Первая стадия тревоги и напряжения – начальный отклик организма на потенциальную опасность или угрозу. После «сигнала тревоги» из головного мозга повышается артериальное давление, учащается сердцебиение, кровь перераспределяется преимущественно в пользу тех частей тела, которые более задействованы в возможной обороне или нападении: мышцам рук, ног, туловища. Призван этот отклик для того, чтобы своеобразная «встряска» организма, затрагивающая практически все системы, мобилизовала необходимые ресурсы.

Вторая стадия – сопротивление-резистенция наступает, когда стрессогенный фактор слишком силён или его действие продолжается достаточно длительно. Предназначение этой стадии в том, чтобы оптимизировать расходование энергии для адаптации, обеспечения готовности к борьбе организма за жизнь. Изменения, происходящие в этой стадии пока вполне обратимы и при прекращении воздействия стрессора возможно возвращение организма в состояние нормы (Шойгу Ю.С. и соавт., 2009).

С наступлением **третьей стадии – стадии истощения** энергия и основные физиологические, психологические резервы исчерпаны, а с ними исчерпываются и возможности сопротивляться стрессу. Нарушения вследствие такого истощения ресурсов становятся стойкими и при продолжении действия стрессора становится всё более неизбежной гибель,

либо - процесс разрушения через болезнь и другие проявления стойкой дезадаптации.

Дезадаптация – состояние стойкого нарушения гомеостаза, динамического равновесия организма и окружающей среды, наступающее в случае истощения защитных механизмов при продолжении действия стрессогенного фактора.

Возвращаясь к упоминаемому ранее термину «стрессор», можно выделить «**факультативный стрессор**», подразумевающий вероятность и возможность подготовиться к тому, чтобы адаптация была возможной и достаточной, а также – «**облигатный стрессор**», подразумевающий неизбежные признаки дезадаптации в той, или иной степени, независимо от уровня подготовки к нему индивида. Примером может служить пребывание в экстремальной ситуации с угрозой для жизни, в частности, так называемая «боевая травма», что требует после завершения такой ситуации длительной психологической реабилитации.

С точки зрения нашей основной темы стоит особо выделить некоторые стрессы. Прежде всего «**догоспитальный**» (переживания острого периода болезни, со страхом за свою жизнь, в ожидании помощи) и «**госпитальный**», вследствие воздействия сенсорных факторов – зрительные раздражители, соответствующие звуки и запахи, достаточно порой мощные, которые сопровождают человека, впервые за долгое время оказавшегося в медицинском учреждении (Загуровский В.М., 2014). Все они в той, или иной степени напоминают человеку о возможной угрозе в виде боли и неприятных ощущений, неизбежных при диагностических процедурах, возможных лишениях и негативных перспективах после установления диагноза. Даже при наличии сильного, стойкого характера и адаптированности личности, все эти факторы не могут не влиять на проявление повышенного напряжения и волнения пациента, хоть и сдерживаемого. Сознание пациента в этом состоянии является суженным, информация воспринимается порой буквально, анализ и контроль снижены.

В хирургии достаточно часто актуальны такие клинико-психологические понятия, как **«предоперационный»** и **«послеоперационный»** стрессы. Переживания и тревоги, связанные с ожиданиями рискованного хирургического вмешательства, страх перед возможной болью или осложнениями предстоящей операции трудно нивелировать усилиями воли. Порой они оказывают достаточно сильное стрессовое воздействие на личность больного.

Послеоперационный стресс, кроме переживаний, связанных с неизбежными ощущениями боли и дискомфорта, содержит переживания в связи с неизбежными изменениями привычного образа жизни, снижения уровня жизненной активности, порой и ограничений профессиональной активности и даже инвалидизации. Как бы человек не был информирован об этом заранее, неизбежность таких последствий в реальности переживается зачастую более неприятно и интенсивно. Эти факторы необходимо учитывать при оказании пациенту помощи в процессе реабилитации, не меньше, чем на этапе основного лечения.