**Лекция 6. Транспортная безопасность. Оказание психологической помощи клиентам, пострадавшим в транспортных происшествиях на автомобильном транспорте (2 часа)**

*Структура лекции:*

* Виды происшествий на автомобильном транспорте
* Оказание психологической помощи жертвам автомобильных происшествий

Необходимость психологической помощи человеку, пострадавшему в ДТП, получившему сочетанную травму, находящемуся на стационарном лечении в медицинском учреждении осознается большинством врачей – травматологов. На фоне клинических показателей связанных с последствиями травмы: физические страдания, нарушения нормальной работы отдельных органов и функциональных систем организма, обездвиженность, затруднения связанные с осуществлением гигиенических процедур, хирургические и медикаментозные воздействия, психологическое сопровождение пострадавшего занимает в этом ряду далеко не первое место. Тем не менее, наши исследования, проведенные в травматологическом отделении Больницы им. Пирогова г. Самары, показали высокую результативность психологического сопровождения Травматической болезни пострадавшего в ДТП.

Естественно первостепенная роль в восстановлении и сохранении здоровья принадлежит самому человеку, его образу жизни, его ценностям, установкам, степени согласованности его внутреннего мира и отношений с окружением. Вместе с тем, современный человек часто перекладывает ответственность за свое здоровье на врачей.

В результате человек больше занят не заботой о собственном здоровье, а лечением болезней, что и приводит к наблюдающемуся в настоящее время увяданию здоровья на фоне значительных успехов медицины.

Психологическое сопровождение пострадавшего в ДТП человека может оказывать существенное влияние на комплаентность и на общее эмоциональное состояние больного. Комплаентность определяется несколькими факторами, среди которых: удобство приёма препаратов; озабоченность пациента собственным заболеванием; контакт врача и пациента; психологические расстройства, такие как невротические тревожно-депрессивные реакции на факт наличия заболевания или травмы. Эти факторы определяют индивидуальную, поведенческую стратегию в процессе выздоравления пациента, мотивацию направленную на скорейшее и качественное выздоровление. В психологии, различными авторами выделяется множество классификаций побудительных причин поведения и переживания человеком происходящих с ним событий. Однако, большинство ученых выделяют два основных, объединяющих многие другие, вида мотивации в поведении человека, – мотивацию направленную на избегание неудачи и мотивацияю направленную на достижение успеха. Мы будем рассматривать эти виды мотивации не в связи с социальными или профессиональными достижениями людей (вероятностью достижения успеха в том или ином виде деятельности), а в контексте психологической мобилизации или демобилизации процесса восстановления собственного здоровья человеком после политравмы полученной в результате ДТП.

В случае сложной (сочетанной) травмы полученной при ДТП, мотивация избегания, как правило, усиливается, мотивация достижения ослабевает. Очевидно это связано с пролонгированным переживанием чувства опасности и резкого наступления состояния беспомощности, возникшими в результате вынужденного снижения контроля за внешней средой и снижением самоконтроля за собственным состоянием и самочувствием. Наиболее простой и очевидный показатель проявления роста мотивации избегания – стремление больного к уменьшению (естественному избеганию) физической боли, избеганию нежелательных контекстов нахождения в медицинском учреждении, избегание восприятия опасного прогноза последствий полученной им травмы. Стремление избегать мрачных мыслей, которые непроизвольно посещают больного, невозможность самостоятельно контролировать свое самочувствие и степень болевых ощущений, заметно ухудшает эмоциональное состояние больного. Травма резко нарушает привычный образ жизни и сужает возможности участия в позитивной самореализации пострадавшего. Отношение больного к своему заболеванию важно для врача и с другой не декларируемой, и даже скрываемой больным стороны. Болезнь может быть «выгодна» в данный момент жизни больного для решения социальных, семейных или психологических проблем. Следовательно, отношение к болезни может препятствовать или способствовать лечению. Отношение к болезни сконцентрировано в мотивации (смысле) болезни для пациента.

В условиях клиники, избыточная внутренняя мотвация избегания становится фактором ограничения в отношении позитивного психологического настроя на выздоровление, тогда как мотивация достижения способствует улучшению психологического состояния пациента и оказывает влияние на комлаентность и эффективность процесса его лечения.

В структуре личности мотивация занимает особое место и является основным, родовым понятием, используемым для объяснения движущих сил поведения человека. Мотивация пострадавшего человека включает в себя картинуожидаемых результатов лечения, образ или комплекс образов, предвосхищающих такой результат лечения, на который рассчитывает больной или который ему был внушен окружающими или врачом. Эта картина на некоторых этапах лечения может в значительной степени определять поведение больного. Она отражает эмоционально окрашенные представления пострадавшего, как реальные, так и мнимые (внушенные, самовнушенные) изменения нарушенных функций в сторону улучшения или ухудшения. Человек оценивает результаты проделанного лечения путём сопоставления картины ожидаемых результатов лечения и картины получаемых реально результатов лечения. При этом совпадение названных картин вызывает положительные эмоции, а несовпадение, если картина полученных результатов хуже картины ожидаемых результатов лечения, отрицательные эмоции. Возникающие эмоции могу стать причиной отказа от лечения данным методом, способствовать возникновению депрессии или перестройке психологической картины болезни с негативными вариантами прогноза.

Представление человека о болезни затрагивает социальный и личностный статус человека, отражается в его «Образе «Я». В случае с ДТП «Образ Я» – это образ пострадавшего, больного, нетрудоспособного, нуждающегося в помощи человека.

В представлении больного о своем заболевании выделяют сензитивный компонент, включающий в себя комплекс болезненных ощущений и связанных с ними эмоциональных состояний, и интеллектуальный, представляющий собой адекватную или неадекватную оценку болезни, уровень понимания необходимости изменения поведения и привычного образа жизни. В клинической психологии основательно разработана специальная классификация из 12 типов отношения больного к своей болезни. Однако, у травматолога свои задачи, не всегда есть возможность изучить и применять на должном уровне эту классификацию.

Возможны два варианта решения этого вопроса. Либо дополнительно вводить штатных психологов, увеличивая психологическую службу медицинского учреждения, либо найти инструментальное решение, которое не потребует специальной подготовки медицинского персонала. В нашем исследовании, понимая преимущества первого варианта решения, мы попытались доказать возможность второго.

 Взяв за основу разработанные этапы травматической болезни [Котельников 2009], мы ввели аппаратурное обеспечение процесса психологической реабилитации больного пострадавшего в ДТП. В медицинской и психологической литературе давно определены понятия «внутренней картины болезни» (ВКБ) (А.Р. Лурия) и «внутренней картины здоровья» (ВКЗ) (В.Е. Каган).

**Внутренняя картина здоровья** **(ВКЗ)**– это особое отношение личности к своему здоровью, которое выражается в осознании его ценности и активно-позитивном стремлении к его совершенству. ВКЗ включат 3 уровня отражения здоровья:

1. интеллектуальный – представление о состоянии здоровья (зависит от возраста и интеллекта);
2. эмоциональный – связан с различными видами эмоционального реагирования на здоровье (определяется индивидуально-психологическими характеристиками, особенностями эмоционального реагирования на различные жизненные ситуации);
3. Поведенческий– связан с реализацией деятельности по сохранению здоровья.

 В целом, на ВКЗ влияют: индивидуальные психические особенности личности (характер, темперамент), возраст, особенности эмоционально-волевой деятельности; отношение к себе и взаимоотношение с другими людьми;
отношение к деятельности,  социально-исторические, экономические и бытовые условия.

**Внутренняя картина болезни (ВКБ)** – это комплекс представлений, переживаний и идей, своеобразно отражающие в психике пострадавшего физически (травма, авария) или заболевшего человека патологические процессы и связанные с ними условия жизни, определяемые нарушением нормального режима жизнедеятельности или развитием патологии.

В структуре внутренней картины болезни различают 4 уровня:

1. чувствительная сторона – комплекс болезненных и других неприятных ощущений;
2. интеллектуальная сторона – представление о болезни пациентом, её реальная оценка;
3. эмоциональная сторона – это то, как человек переживает болезнь, своеобразная окраска страха, чувства тревоги, эйфории;
4. поведенческая (волевая) сторона – все связанное с усилиями, прилагаемыми для того, чтобы справится с болезнью.

 ВКБ обуславливают следующие факторы:

**1. Характер заболевания:**

Определяет отношение и поведение к болезни.

а) Наличие или отсутствие боли;

б) Наличие или отсутствие косметических дефектов;

в) Наличие или отсутствие ограничения подвижности;

г) требуемое лечение;

**2. Обстоятельства, в которых протекает болезнь:**

а) Проблемы и ожидание (что будет с семьей); кто будет приносить деньги; что будет с домашним животным; проблема с выбором больницы;

б) Где протекает болезнь (стационар – дом);

в) Кто виновен в болезни (самообвинение, обвинение других, обвинение обстоятельств);

**3. Особенности личности до заболевания:**

а) возраст (чем моложе больной, тем более выражен чувственный компонент; в зрелом возрасте – опасения, связанные с последствиями; в пожилом возрасте – страх смерти, страх одиночества);

б) пороги чувствительности;

в) эмоциональная реактивность (своеобразная окраска страха, жалости к себе, колебание надежд и безнадежности);

г) особенности характера и жизненные ценности;

д) тип отношения к болезни;

Легко установить в процессе обычной беседы, что у большинства людей «Образ здоровья» менее структурирован, чем образ «болезни». У ВКЗ трудно наблюдаемая, трудно ощущаемая, трудно переживаемая «чувственно-телесная ткань», ее нечеткая встроенность в «схему тела» и ее «разграниченная» представленность в «Образе Я» человека. В нашей культурной традиции не сформирована четко, чувственно-телесно и «соматически оформленно» внутренняя картина здоровья. Степень физического здоровья достоверно устанавливает медицина, используя соответствующие внешние методики осмотра и лабораторные исследования. Сложнее оценить психическое состояние человека, найти критерии психического и психологического благополучия человека. Возможно именно в этом причина «размытости» ВКЗ. Тогда как внутренняя картина болезни – «продукт» внутренней творческой активности больного, складывается и «прорисовывается» в развернутых формах при различных соматических страданиях – начиная от отдельных переживаний боли, дискомфорта, до сильных проявлений телесных повреждений и соматической патологии. В психологическом плане внутренняя картина болезни может рассматриваться как элемент самосознания, сформированный в результате самопознания.

Решение задачи генерализации мотивации достижения у пострадавшего в ДТП, «чувственно-телесного» структурирования его внутренней картины здоровья, может стать универсальным способом повышения результативности лечения без излишних материальных и временных затрат. Принципиальная сложность решения этой задачи состоит в множественности внешних и внутренних факторов психологического воздействия на пострадавшего в условиях медицинского учреждения.

Мы предприняли попытку выявить и исследовать универсальный фактор генерализации положительной мотивации достижения, который бы не требовал грамоздкой диагностики и методической множественности в условиях медицинского стационара.

 Между понятия ВКБ и ВКЗ, а точнее их психологическими проявлениями, легко просматривается обратно пропорциональная зависимость, которая может быть выражена метрически. Динамика «пропорциональности» является показателем прогрессивного или регрессивного развития процесса выздоровления в субъективном переживании больного.

Политравма, полученная в результате ДТП, характеризуется внезапностью и адаптационной неготовностью человека к ее переживанию, потерей контроля над собой, своими переживаниями и происходящим, нарушением «схемы тела». Человек, часто, интерпретирует происходящее из позиции жертвы. Вывести больного из этого состояния – сложная задача даже для опытного психотерапевта, тогда как, мы уже отмечали, врач-травматолог должен оперативно решать свои профессиональные вопросы.

Мы предположили, что частичное возвращение больному чувства внутреннего соматического контроля, возможности лично, хотя бы косвенно, влиять на свое психическое состояние, ощущения и переживания, может служить мишенью психологической мобилизации больного и прогрессивной динамизацией соотношения ВКБ/ВКЗ. Чувство внутреннего контроля противоположно чувству беспомощности. Это способствует мобилизации мотивации достижения и ее генерализации в «чувственную ткань» ВКБ. Для этой цели были использованы: Компьютерный вариант методики БОС (Биологической обратной связи), электронный пульсометр (можно спортивный), пикфлоуметр (измеритель скорости выдоха). Больному пердосталялась возможность самостоятельно обучится контролю (саморегуляции) термометрической микродинамики своего тела при помощи БОС. После освоения каждого этапа и формирования навыка саморегуляции, как правило, больной испытывал ярко выраженные положительные эмоции. Это субъективное переживание подкреплялось метрическими показаниями пульсометра и пикфлоуметра, которые являлись объективными критериями формирования «чувства внутреннего контроля». На основе сформировавшегося чувства контроля отношение ВКБ/ВКЗ прогрессивно изменялось и надежно фиксировалось названными приборами.

Тяжелая травма, может служить оправданием злобе на окружающих. Травмированный, присваивает себе право упрекать других и длительное время находиться в состоянии отчаяния или уныния. Тогда как чувство внутреннего контроля способствовало адекватному принятию больным травматической ситуации. Уменьшению чувства вины (я всех подвел), агрессии, депрессии и переосмыслению жизненной перспективы, а так же переосмыслению и разрядке негативных эмоций.

Было обследовано 39 больных пострадавших в ДТП. 27 мужчин и 12 женщин. Была предусмотрена контрольная группа в количестве 19 человек.

На первом этапе средние показатели пикфлоуметра соответствовали средним показателям по всей выборке, включая контрольную группу, и даже имели тенденцию к снижению, что объясняется обездвиженностью («лежачим» характером) больных. Общий разброс индивидуальных параметров среди всех участников составлял от 280 до 640 условных единиц. На втором этапе в экспериментальной группе наметился рост показателей пикфлоуметра у 90% больных, а на третьем заключительном произошла стабилизация достигнутых показателей. В экспериментальной группе средние показатели увеличились у каждого больного от 50 до 90 условных единиц. В контрольной группе, изменений не наблюдалось, несмотря на консультирование их о необходимости вентиляции дыхательной системы, надувания воздушных шаров и выполнения некоторых дыхательных упражнений. Участники экспериментальной группы, освоившие методы саморегуляции при помощи БОС, демонстрировали изменение пропорции ВКБ/ВКЗ, которая определялась методом психосемантики. Пульсометр позволял наблюдать участникам эксперимента частоту их пульса в зависимости от того, как изменялось их эмоциональное состояние. Этот опыт, так же способствовал формированию чувства внутреннего контроля и адекватности восприятия сложившихся обстоятельств.

В качестве отражения субъективной оценки психологического состояния пострадавших и динамики их степени ответственности в разных сферах жизни, и особенно в сфере собственного здоровья, использовалась широко известные методики САН и УСК. При сравнении результатов теста УСК, было выявлено увеличение интернальности (ответственности) в области здоровья у 94% испытуемых.