

УДК 616.711-001-036.11-08-039.35+615.851

БУБЛИК Л.А., ОПРИЩЕНКО Е.В.

НИИ травматологии и ортопедии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького
Областная клиническая травматологическая больница, г. Донецк

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Резюме. Позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) составляет до 15 % всех травм и характеризуется тяжелыми медицинскими и психологическими последствиями. Многие вопросы, посвященные изучению психоэмоционального статуса в зависимости от периода течения болезни, требуют уточнения.

Цель исследования. Изучить психоэмоциональное состояние у больных с ПСМТ в зависимости от степени тяжести повреждения позвоночника и оказываемой психологической помощи в остром и раннем периодах.

Материалы и методы. Были обследованы 140 пациентов, которые находились на лечении в отделе вертебрологии НИИТО. На первом этапе мы провели исследование психоэмоционального статуса пациентов, на втором — изучали влияние психотерапии на его колебания. Для оценки психоэмоционального статуса пациентов использовалась методика Спилбергера — Ханина.

Результаты и обсуждение. У больных контрольной группы при первичном исследовании показатели реактивной тревожности (PT1) составили $46,00 \pm 1,39$ балла ($p \leq 0,05$), при повторном (PT2) — $42,28 \pm 1,09$ балла ($p \leq 0,05$). Показатели в динамике у пациентов основной группы отмечены на уровне: PT1 — $48,52 \pm 1,61$ балла ($p \leq 0,05$), PT2 — $48,52 \pm 1,41$ балла ($p \leq 0,05$). У пациентов основной группы показатели PT1 ($48,52 \pm 1,61$ балла; $p < 0,05$) превышали таковые в контрольной группе ($46,00 \pm 1,39$ балла; $p < 0,05$). При повторном исследовании показатель PT2 составил $48,52 \pm 1,41$ ($p < 0,05$) балла, что статистически превышало таковой в контрольной группе ($42,28 \pm 1,09$ балла; $p < 0,05$). Значения PT1 и PT2 мужчин и женщин основной группы достоверно превышали значения PT1 и PT2 контрольной группы.

Выводы. Психологическая помощь статистически значимо улучшает показатели PT, что благоприятно сказывается на адаптации больного к новым для него условиям жизни, способности к активному участию в процессе реабилитации и восстановительном лечении.

Ключевые слова: позвоночно-спинномозговая травма, психоэмоциональный статус, психологическая коррекция.

По данным различных авторов, позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) является сложной проблемой современной медицины, встречается в 9–15 % случаев всех травм и характеризуется весьма тяжелыми как медицинскими, так и социально-психологическими последствиями. Напряжение психического статуса, которое возникает у данной категории пациентов в результате полученной травмы позвоночника, является причиной дезадаптации личности с различными ее проявлениями. От таких факторов, как характер и тяжесть травмы, личностные особенности пациента и социальное окружение, зависят динамика, частота и выраженность возможных психологических расстройств. Все это приводит к значительному снижению качества жизни больно-

го, его трудоспособности и возможности социальной адаптации, ставит пациента перед целым рядом медицинских и социальных проблем. Традиционно психотерапия пациентов со спинальной травмой включает поведенческую терапию, гипнотерапию, групповую психотерапию, биологическую обратную связь. Работа клинического психолога-психотерапевта с данными пациентами ориентирована на помощь в изменении психических паттернов, ограничивающих эффективное приспособление. Западные психологи и психотерапевты, работающие с пациен-

© Бублик Л.А., Оприщенко Е.В., 2014

© «Травма», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

тами, получившими спинальную травму, выделяют медицинскую и обучающую модели психотерапии. Медицинская модель подразумевает консультирование и психотерапию, а нередко и психофармакотерапию. Обучающая модель психотерапии ориентирована на обучение пациентов приспособлению к ограничениям и сфокусирована на активном участии пациента в реабилитационном процессе. Большинство авторов придерживается мнения, что медицинская модель уместна в острой фазе спинальной травмы, а обучающая — во время восстановительного процесса. Несмотря на обилие публикаций по данной проблеме, остается ряд вопросов, касающихся психологической помощи пациенту с ПСМТ в остром и раннем периоде травмы.

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось изучение психоэмоционального состояния пациентов с ПСМТ в остром и раннем периодах травмы, влияния оказываемой психологической помощи на психоэмоциональное состояние больных.

Материалы и методы

Исследование основывается на результатах изучения психоэмоционального статуса у 140 пациентов, которые находились на лечении в отделе вертебрологии НИИТО ДонНМУ им. М. Горького с 2009 по 2013 г. Возраст пациентов колебался от 15 до 70 лет, большинство из них были мужчины трудоспособного возраста, от 21 года до 50 лет.

На первом этапе мы провели исследование психоэмоционального статуса пациентов. Для этого разделили их на две группы. Первую (основную) группу составили 66 пациентов с повреждением позвоночника с синдромом полного или частичного нарушения проводимости спинного мозга, вторую (контрольную) — 74 пациента с тяжелыми переломами позвоночника без неврологических нарушений. Группы статистически значимо не отличались по возрасту (критерий Стьюдента, $p < 0,05$) и полу (критерий χ^2 , $p < 0,05$). Пациенты первой группы имели общую картину нарушения основных видов жизнедеятельности — передвижения и самообслуживания, во второй группе отмечался болевой синдром и пациенты соблюдали строгий постельный режим. Для оценки психоэмоционального статуса использовалась методика Спилбергера — Ханина. С ее помощью исследовался уровень личностной (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ). Личностная тревожность — устойчивая конституционная характеристика индивидуума, которая предполагает устойчивую склонность воспринимать достаточно широкий круг событий как угрожающую ситуацию и реагировать на нее состоянием тревоги. Реактивная тревожность — субъективно переживаемые эмоции в связи со стрессовой ситуацией, состояние может быть разным по интенсивности и динамичным во времени. Тестирование проводилось в динамике: в остром периоде (1-е — 3-и сутки в зависимости от тяжести состояния больного) и в конце раннего периода на 21-е сутки.

Второй этап исследований осуществлялся с участием 68 пациентов, при первичном тестировании которых выявленный показатель реактивной тревожности соответствовал высокому уровню, изучали влияние психотерапии на колебания данного показателя. Пациенты также были распределены нами на две группы. Первую (основную) группу составили 34 пациента, которым кроме медикаментозного и физиотерапевтического лечения оказывалась психологическая помощь. Психологическая помощь включала ряд факторов: индивидуальную беседу, рациональную терапию, эмоционально-когнитивную терапию и НЛП. Во вторую (контрольную) группу вошли 34 пациента, которым психологическая помощь не оказывалась. В состав обеих групп входили пациенты с неосложненной и осложненной позвоночно-спинномозговой травмой. Группы статистически значимо не отличались по возрасту (критерий Стьюдента, $p < 0,05$), полу (критерий χ^2 , $p < 0,05$) и тяжести заболевания (критерий Уилкоксона, $p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

У больных контрольной группы при первичном исследовании показатели реактивной тревожности (РТ1) составили $46,00 \pm 1,39$ балла ($p \leq 0,05$). При повторном исследовании на 21-й день пребывания в стационаре (РТ2) — $42,28 \pm 1,09$ балла ($p \leq 0,05$). При этом ЛТ в контрольной группе установлена на уровне $40,78 \pm 1,30$ балла ($p \leq 0,05$). При исследовании мужчин контрольной группы получены следующие результаты: РТ1 — $44,6 \pm 1,5$, РТ2 — $43,25 \pm 1,35$, ЛТ — $38,35 \pm 1,30$ балла; у женщин — соответственно $48,16 \pm 2,66$, $42,30 \pm 1,88$ и $44,55 \pm 2,46$ балла ($p < 0,05$).

У больных контрольной группы средний уровень тревожности коррелировал с показателями личностной тревожности. В то же время у женщин данной группы показатели реактивной тревожности были выше, чем у мужчин. При исследовании на 21-е сутки пребывания в стационаре уровень РТ снижался как у мужчин, так и у женщин ($p < 0,05$). Таким образом, тенденция к снижению уровня РТ в процессе лечения отмечена у всех пациентов, вместе с тем у женщин эти цифры были выше как при первичном, так и при повторном исследовании. Установленное нами снижение РТ при повторном исследовании может быть обусловлено постепенным улучшением физического состояния пациентов, уменьшением болевого и вертеброгенного синдромов, отсутствием неврологических нарушений.

У пострадавших основной группы значения личностной тревожности выявлены на уровне $40,94 \pm 1,30$ балла, что незначительно и достоверно превышало аналогичный показатель в контрольной группе. При этом ЛТ от 22 до 30 баллов установлена у 10,5 % пациентов, от 31 до 45 — у 57,4 % и от 46 до 59 баллов — у 31,6 %.

Показатели реактивной тревожности в динамике исследования у пациентов основной группы отмечены на уровне: РТ1 — $48,52 \pm 1,61$ балла ($p \leq 0,05$),

РТ2 — $48,52 \pm 1,41$ балла ($p \leq 0,05$), т.е. оставались без изменения. У пациентов основной группы показатели РТ1 ($48,52 \pm 1,61$ балла; $p < 0,05$) превышали таковые у пациентов контрольной группы ($46,00 \pm 1,39$ балла; $p < 0,05$). Таким образом, в первые сутки от момента травмы большинство пациентов осознает полученную травму, однако не имеет полного представления о дальнейшем течении болезни. При повторном исследовании у пациентов основной группы показатель РТ2 составил $48,52 \pm 1,40$ балла ($p < 0,05$), что статистически превышало таковой у пациентов контрольной группы ($42,28 \pm 1,09$ балла; $p < 0,05$). Мы считаем, что к 21-м суткам пребывания в стационаре на данные показатели оказывают влияние улучшение общего состояния больных, положительная динамика неврологических нарушений, перспектива выздоровления. У мужчин основной группы показатель РТ1 составил $47,24 \pm 1,50$ балла ($p \leq 0,05$), РТ2 — $47,96 \pm 1,49$ ($p \leq 0,05$), ЛТ — $39,81 \pm 1,30$ ($p \leq 0,05$). У женщин — соответственно $47,24 \pm 1,59$ ($p \leq 0,05$), $47,96 \pm 1,49$ ($p \leq 0,05$) и $44,55 \pm 2,46$ балла ($p \leq 0,05$). Значения РТ1 и РТ2 у мужчин и женщин основной группы достоверно превышали значения РТ1 и РТ2 у мужчин и женщин контрольной группы. Показатели ЛТ у мужчин и у женщин незначительно отличались в обеих группах.

При исследовании РТ в основной группе уровень при первичном исследовании у мужчин был высоким, при контрольном — повышался. Показатели личностной тревожности у пациентов этой группы был на среднем уровне. У пациентов с положительной неврологической динамикой уровень РТ2 снижался до средних показателей. Присоединение осложнений со стороны мочевыделительной системы и органов дыхания приводит к ухудшению психоэмоционального состояния.

В основной группе дополнительно выделено 2 подгруппы — первую составили больные с симптоматикой полного нарушения проводимости спинного мозга, вторую — частичного. У пациентов первой подгруппы уровень РТ1 составил $49,24 \pm 1,19$ ($p < 0,05$), РТ2 — $49,60 \pm 1,83$ ($p < 0,05$), ЛТ — $40,36 \pm 1,67$ ($p < 0,05$). У пациентов второй подгруппы — соответственно $47,15 \pm 2,21$ ($p < 0,05$), $46,46 \pm 2,15$ ($p < 0,05$) и $42,07 \pm 2,07$ балла ($p < 0,05$). Показатели РТ1 в первой подгруппе были достоверно выше, чем во второй. Мы связываем это с более тяжелым состоянием пациентов первой подгруппы при поступлении в клинику, наличием выраженных неврологических нарушений. При сравнении значений РТ1 и РТ2 у больных первой подгруппы основной группы не получено положительной динамики, что, по нашему мнению, связано с пониманием пациентами своего состояния, отсутствием регресса неврологических нарушений, присоединением осложнений, что ведет к ухудшению психоэмоционального состояния. Показатели РТ1 превышают показатели РТ2 у больных второй подгруппы основной группы, что было обусловлено улучшением состояния пациентов, регрессом неврологических нарушений.

При проведении второго этапа работы мы вы-

явили, что показатели реактивной тревожности в основной группе пациентов при первом исследовании составили в среднем $56,0 \pm 1,5$ балла. При повторном — показатель РТ статистически значимо снизился ($p < 0,05$) и составил $46,4 \pm 1,8$ балла. Во второй группе больных показатели РТ при первичном исследовании составили $51,9 \pm 1,0$ балла. При повторном, на 21-е сутки после травмы, среднее значение РТ статистически значимо ($p < 0,05$) повысилось и составило $53,7 \pm 1,1$ балла. При сравнении показателей РТ в основной группе отмечен статистически значимо ($p < 0,05$) более низкий уровень по шкале Спилбергера — Ханина, чем в контрольной ($46,4 \pm 1,8$ балла против $53,7 \pm 1,1$ балла). Это свидетельствует о том, что оказанная на ранних этапах ПСМТ психологическая помощь уменьшает влияние на ход выздоровления таких факторов, как депрессия, тревога. Кроме того, психологическая поддержка препятствует снижению когнитивных функций, самооценки, способствует активному включению больного в восстановительное лечение.

Выводы

В результате проведенного исследования можно сказать, что психический статус и реакции каждого пациента строго индивидуальны и при ПСМТ они могут изменяться. Выявлена различная реакция на травму у мужчин и женщин в динамике острого и раннего периодов, при этом показатели у женщин были выше, чем у мужчин. Психологическая помощь статистически значимо улучшает показатели РТ при повторном исследовании в основной группе, пациенты которой, наряду с общепринятым лечением, получали психологическую помощь, что благоприятно сказывается на адаптации к новым условиям жизни, способности к активному участию в процессе реабилитации и восстановительном лечении. В связи с этим каждому больному необходима консультативная помощь психолога до начала как лечебных, так и реабилитационных мероприятий. Это позволит определить психическое состояние пациента и уровень его психологической готовности к лечебному и реабилитационному процессу. Эффективность ранней психологической подготовки к лечению и реабилитации у больных с травмой позвоночника и спинного мозга с использованием психотерапевтических программ позволяет рекомендовать ее для широкого применения в практическом здравоохранении в лечебно-профилактических учреждениях и специализированных отделениях.

Список литературы

1. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / Белова А.Н., Щепетова О.Н. — М.: Антидор, 2002. — 440 с.
2. Белова А.Н. Нейрореабилитация: Руководство для врачей. — М., 2003. — 734 с.
3. Головаха Е.И., Кроник А.А. Психологическое время личности — М.: Смысл, 2008. — 267 с.

4. Еремеев Ю.А., Джангильдин Ю.Т., Кочетков А.В., Куликов М.П. Клинико-психологические особенности больных с травматической болезнью спинного мозга / Еремеев Ю.А., Джангильдин Ю.Т., Кочетков А.В., Куликов М.П. // Труды X Международной конференции «АСВОМЕД-2008» «Современные технологии восстановительной медицины». — М., 2008. — С. 68-69.
5. Лукутина А.И. Психические нарушения у пациентов с травмой опорно-двигательного аппарата: Автореф. дис... канд. мед. наук / Лукутина А.И. — М.: МГМСУ, 2008. — 130 с.: ил.
6. Кокоткина Л.В., Цыганов Б.Д., Кочетков А.В., Добровольская Ю.В. Современные особенности медико-психологической реабилитации больных с травматической болезнью спинного мозга / Кокоткина Л.В., Цыганов Б.Д., Кочетков А.В., Добровольская Ю.В. // *Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. М. Бехтерева.* — 2008. — № 2. — С. 51-57.
7. Ханин Л.Ю. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Spielbergera. — Л.: ЛНИИТЕК, 1976.
8. Dorstyn D., Mathias J., Denson L. Efficacy of cognitive behavior therapy for the management of psychological outcomes following spinal cord injury: a meta-analysis // *Journal of Health Psychol.* — 2011. — Vol. 16, № 2. — 374-391.
9. Kennedy P. *Coping Effectively with Spinal Cord Injuries: Therapists Guide. Treatments that work series.* — Oxford: Oxford University Press, 2008.
10. Sin N.L., Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis // *Journal of Clinical Psychology.* — 2009. — Vol. 65, № 5. — 467-487.

Получено 12.12.14 ■

Бублик Л.О., Оприщенко Є.В.
НДІ травматології та ортопедії Донецького національного медичного університету ім. М. Горького
Обласна клінічна травматологічна лікарня, м. Донецьк

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПАЦІЄНТАМ ІЗ ХРЕБЕТНО-СПИННОМОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ

Резюме. Хребетно-спинномозкова травма (ХСМТ) становить до 15 % усіх травм і характеризується тяжкими медичними та психологічними наслідками. Багато питань, присвячених вивченню психоемоційного статусу залежно від періоду перебігу хвороби, потребують уточнення.

Мета дослідження. Вивчити психоемоційний стан у хворих із ХСМТ залежно від ступеня тяжкості uszkodження хребта і на даній психологічної допомоги в гострому та ранньому періодах.

Матеріали та методи. Були обстежені 140 пацієнтів, які перебували на лікуванні у відділі вертебології НДІТО. На першому етапі ми провели дослідження психоемоційного статусу пацієнтів, на другому — вивчали вплив психотерапії на його коливання. Для оцінки психоемоційного статусу пацієнтів використовували методіку Спілбергера — Ханіна.

Результати та обговорення. У хворих контрольної групи при первинному обстеженні показники реактивної тривожності (РТ1) склали $46,00 \pm 1,39$ бала ($p \leq 0,05$), при повторному (РТ2) — $42,28 \pm 1,09$ бала ($p \leq 0,05$). Показники в динаміці у пацієнтів основної групи відзначені на рівні: РТ1 — $48,52 \pm 1,61$ бала ($p \leq 0,05$), РТ2 — $48,52 \pm 1,41$ бала ($p \leq 0,05$). У пацієнтів основної групи показники РТ1 ($48,52 \pm 1,61$ бала; $p < 0,05$) перевищували такі у контрольній групі ($46,00 \pm 1,39$ бала; $p < 0,05$). При повторному обстеженні показник РТ2 становив $48,52 \pm 1,41$ ($p < 0,05$) бала, що статистично перевищувало такий у контрольній групі ($42,28 \pm 1,09$ бала; $p < 0,05$). Значення РТ1 і РТ2 у чоловіків і жінок основної групи вірогідно перевищували значення РТ1 і РТ2 контрольної групи.

Висновки. Психологічна допомога статистично значимо покращує показники РТ, що сприяє адаптації хворого до нових для нього умов життя, здатності до активної участі в процесі реабілітації та відновному лікуванні.

Ключові слова: хребетно-спинномозкова травма, психоемоційний статус, психологічна корекція.

Bublik L.A., Oprishchenko Ye.V.
Research Institute of Traumatology and Orthopedics of Donetsk National Medical University named after M. Horkyi
Regional Clinical Trauma Hospital, Donetsk, Ukraine

PSYCHOLOGICAL CARE FOR PATIENTS WITH VERTEBRAL AND CEREBROSPINAL INJURY IN THE ACUTE PERIOD

Summary. Vertebral and cerebrospinal injury (VCSI) is up to 15 % of all injuries and is characterized by severe medical and psychological consequences. Many of the issues on the study of mental and emotional status, depending on the period of the disease, require clarification.

Objective of the Study. To investigate psychoemotional state in patients with VCSI depending on the severity of spinal trauma and psychological care in acute and early periods.

Materials and Methods. We have examined 140 patients who were treated at the vertebrology department of RITO. At the first stage, we conducted a study of psychoemotional status of patients, at the second one — examined the effects of psychotherapy on his dynamics. To assess the psychoemotional state of patients we have used Spielberger — Khanin technique.

Results and Discussion. In patients of the control group during the initial survey, reactive anxiety (RA1) indicators amounted to 46.00 ± 1.39 points ($p \leq 0.05$), during the second one (RA2) — 42.28 ± 1.09 points ($p \leq 0.05$). Indicators in the dynamics in the patients of the study group marked at: RA1 — 48.52 ± 1.61 points ($p \leq 0.05$), RA2 — 48.52 ± 1.41 points ($p \leq 0.05$). In the study group, RA1 indices (48.52 ± 1.61 points; $p < 0.05$) were higher than in the control group (46.00 ± 1.39 points; $p < 0.05$). During reinvestigation, RA2 rate was 48.52 ± 1.41 point ($p < 0.05$) that is statistically higher than that in the control group (42.28 ± 1.09 points; $p < 0.05$). RA1 and RA2 values of men and women in the study group were significantly higher than RA1 and RA2 values in the control group.

Conclusions. Psychological care significantly improves the performance of RA, which is beneficial to the patient's adaptation to the new for him conditions of life, the ability to actively participate in the process of rehabilitation and recovery treatment.

Key words: vertebral and cerebrospinal injury, psychoemotional state, psychological correction.