



ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ, ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У ИНВАЛИДОВ, ПЕРЕНЕСШИХ СПИНАЛЬНУЮ ТРАВМУ

УДК [616-036.86:614](470)

^{1,2}**Иванова Г.Е.**: заведующая отделом медико-социальной реабилитации НИИ цереброваскулярной патологии и инсульта, профессор кафедры реабилитации и спортивной медицины, д.м.н., профессор.

¹**Кезина Л.П.**: генеральный директор;

^{1,2}**Комаров А.Н.**: главный специалист по неврологии и нейрореабилитации, главный врач, к.м.н.;

^{1,3}**Силина Е.В.**: профессор кафедры патологии человека ФППО врачей, научный консультант, д.м.н.;

⁴**Трофимова А.К.**: методист нейрофункциональной диагностики;

¹**Косяева С.В.**: психолог;

¹**Курбанов Р.С.**: врач-психиатр и социолог;

¹**Степochкина Н.Д.**: врач-невролог.

¹ОАО Реабилитационный центр для инвалидов «Преодоление», г. Москва, Россия

²ФГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, г. Москва, Россия

³ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» МЗ РФ, г. Москва, Россия

⁴ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», г. Москва, Россия

PSYCHO-EMOTIONAL STATUS AT DISABLED AFTER SPINAL INJURY

Ivanova G.E., Kezina L.P., Komarov A.N., Silina E.V., Trofimova A.K., Kosyaeva S.V., Kurbanov R.S., Stepochkina H.D.

Введение

Травмы позвоночника и спинного мозга, составляющие сегодня до 15% от всех травм – не только нарушение нормальной деятельности организма, но и сильнейшая психологическая травма, связанная с резким изменением привычного образа и качества жизни. Пациенты с травматической болезнью спинного мозга становятся пожизненно инвалидами, нуждающимися в постоянной комплексной медико-социальной реабилитации, важнейшим аспектом которой является длительная психологическая коррекция [1–8]. Это обуславливает необходимость всестороннего анализа психоэмоционального и когнитивного статусов инвалидов, перенесших спинальную травму, чему и посвящено настоящее оригинальное исследование.

Цель исследования: изучение особенностей психоэмоционального статуса инвалидов, перенесших спинальную травму для разработки патогенетически обоснованного алгоритма психологической реабилитации.

Материал и методы

В исследование включено 63 пациента с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) в возрасте от

19 до 77 лет (средний возраст 40,27±16,52 лет, медиана 35 лет), в том числе 35 женщин (56,6%) в возрасте от 20 до 77 лет (средний возраст 44,37±17,66 лет, Me=41 лет) и 28 мужчин (44,1%) в возрасте от 19 до 68 лет (средний возраст 35,57±13,98 лет, Me=33 лет), госпитализированных в Реабилитационный центр для инвалидов «Преодоление». Мужчины, перенесшие спинальную травму, были достоверно моложе женщин (табл.1). Травму в шейном отделе спинного мозга перенесли 20 (31,8%) пациентов (11 мужчин и 9 женщин), грудного – 43 (68,2%) (17 мужчин, 26 женщин). То есть шейная травма характерна в большей степени для мужчин (в 1,4 раз), грудная – чаще у женщин в 1,34 раза (p=0,070).

Давность травмы варьировала от 6 месяцев до 38 лет у пациентов с ТБСМ грудного отдела и до 17 лет у пациентов с ТБСМ шейного отдела. В среднем грудная травма была 4 года назад, а шейная – 2 года (p=0,117).

Пациенты, включенные в исследование, имели различное образование: 38,1% (n=24) имели высшее образование, 14,3% (n=9) – неполное высшее, 28,6% (n=18) – средне специальное, 14,3% (n=9) – среднее, и 4,8% (n=3) – неполное среднее

Таблица 1. Распределение пациентов по возрасту, полу и уровню ТБСМ.

ТБСМ, уровень повреждения	Возраст	Стат. характеристика	Пол		Всего
			мужчины	женщины	
Грудной	< 45 лет	n	11	13	24
		% возраст	45,8%	54,2%	100,0%
		% пол	64,7%	50,0%	55,8%
	≥ 45 лет	n	6	13	19
		% возраст	31,6%	68,4%	100,0%
		% пол	35,3%	50,0%	44,2%
Итого	n	17	26	43	
	%	39,5%	60,5%	100,0%	
Шейный	< 45 лет	n	10	7	17
		% возраст	58,8%	41,2%	100,0%
		% пол	90,9%	77,8%	85,0%
	≥ 45 лет	n	1	2	3
		% возраст	33,3%	66,7%	100,0%
		% пол	9,1%	22,2%	15,0%
Итого	n	11	9	20	
	%	55,0%	45,0%	100,0%	

образование. Причем 23,3% инвалидов (n=14) на момент госпитализации работали (8 мужчин и 6 женщин; $p > 0,05$), в том числе 20,9% пациентов (n=9) с травмой грудного отдела и 29,4% (n=5) – шейного отдела позвоночника ($p > 0,05$).

Несмотря на то, что всем пациентам была установлена I и II группы инвалидности, 14 человек (22,2%; 8 мужчин и 6 женщин) были трудоустроены, в том числе 9 пациентов с ТБСМ на грудном (20,9%) и 5 – на шейном уровне (25,0%) ($p > 0,05$).

Всем пациентам проводилось комплексное психологическое обследование, включающее анализ данных шкалы депрессии Бека, уровня реактивной и личностной тревожности по шкале самооценки Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина, методики индикатора копинг-стратегий Д. Амирхана.

Статистическая обработка результатов проводилась с применением программ Microsoft Excel и пакета статистического анализа данных Statistica 8.0 for Windows (StatSoft Inc., USA) и SPSS 15.0 с применением стандартных параметрических и непараметрических критериев оценки статистической значимости различий. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Первичное тестирование, проводимое в день госпитализации инвалидов, перенесших травмы спинного мозга, выявило, что жалобы активно предъявляли 39,7% пациентов, в том числе на нарушение памяти – 17,5%, аппетита – 15,9%, сна – 34,9%. Настроение было стабильным у 60,3%, у 39,7% пациентов наблюдались частые перепады настроения, у 4,8% они были резко выраженными. Внимание было неустойчивым у 14,3%. Неадекватность социально-психологической реакции зарегистрирована у 25,4% (табл. 2).

При проведении сравнительного анализа групп пациентов со спинальной травмой на шейном и грудном уровнях достоверным различие было только по

показателю нарушенной памяти. Последнее зарегистрировано у 1 (5,0%) пациентов с ТБСМ на шейном уровне и у 10 (23,3%) пациентов с ТБСМ на грудном уровне ($p < 0,05$). По остальным показателям данные были сопоставимы. Первичное анкетирование эмоционального статуса позволило выявить, что тревога преобладала у 39,7% (n=25) пациентов, напряженность – у 19,0% (n=12), страх – у 17,5% (n=11), растерянность – у 14,3% (n=9), депрессия – у 9,5% (n=6) пациентов.

Следующим этапом нашего исследования явился подробный анализ психоземotionalного статуса, определяемого с помощью специальных опросников.

Так, депрессия различной степени выраженности установлена у 54% пациентов. Легкая депрессия диагностирована у 25,4%, умеренная – у 9,5%, выраженная – у 17,5%, тяжелая – у 1,6% пациентов. Средний балл по шкале Бека составил $10,7 \pm 1,1$ ($M = 10$). Анализ шкалы самооценки уровня тревожности Спилберга-Ханина выявил, что личностная тревога достоверно преобладает над реактивной (средний балл $45,7 \pm 1,3$ и $38,3 \pm 1,9$ соответственно; $p < 0,05$). Уровень реактивной тревожности чаще был умеренным (81%), а личностной – высоким (63,5%). Анализ результатов копинг-стратегии показал, что уровень разрешения проблем чаще был средним (52,4%), избегания проблем – низким (57,1%), поиска социальной поддержки – низким (46,0%) и средним (44,4%) (табл. 3).

Полученные данные свидетельствуют о выраженной психо-эмоциональной дезадаптации у инвалидов с ТБСМ. Последняя осложняет процесс реабилитации и социальной интеграции. Поэтому психологическая коррекция является обязательным и неотъемлемым компонентом реабилитации инвалидов, перенесших спинальную травму. Клинический психолог обязательно должен входить в состав мультидисциплинарной реабилитационной бригады.

Таблица 2. Результаты психологического анкетирования инвалидов с ТБСМ.

	n	%	ТБСМ шейн ур. (n=20)	ТБСМ груд ур. (n=43)	p
Жалобы					
– есть	25	39,7	6 (30,0%)	19 (44,2%)	>0,05
– нет	38	60,3	14 (70,0%)	24 (55,8%)	
Положение					
– активное	57	90,5	19 (95,0%)	38 (88,4%)	>0,05
– пассивное	6	9,5	1 (5,0%)	5 (11,6%)	
Нарушение аппетита					
– есть	10	15,9	3 (15,0%)	7 (16,3%)	>0,05
– нет	53	84,1	17 (85,0%)	36 (84,0%)	
Нарушение сна					
– есть	22	34,9	5 (25,0%)	17 (40,0%)	>0,05
– нет	41	65,1	15 (75,0%)	26 (60,0%)	
Память					
– норма	52	82,5	19 (95,0%)	33 (76,7%)	<0,05
– нарушение	11	17,5	1 (5,0%)	10 (23,3%)	
Внимание					
– устойчивое	53	85,7	19 (95,0%)	34 (79,1%)	>0,05
– неустойчивое	9	14,3	1 (5,0%)	8 (18,6%)	
Настроение					
– ровное	38	60,3	12 (60,0%)	26 (60,5%)	>0,05
– лабильность	25	39,7	8 (40,0%)	17 (39,5%)	
Социально-психологическая реакция					
– адекватная	47	74,6	15 (75,0%)	32 (74,4%)	>0,05
– неадекватная	16	25,4	5 (25,0%)	11 (25,6%)	
Эмоциональный фон					
– стабильный	38	60,3	14 (70,0%)	24 (55,8%)	>0,05
– пониженный	22	34,9	5 (25,0%)	17 (39,5%)	
– повышенный	3	4,8	1 (5%)	2 (4,7%)	
Неконтролируемые эмоции					
– есть	48	76,2	17 (85,0%)	31 (72,0%)	>0,05
– нет	15	23,8	3 (15,0%)	12 (28,0)	

Таблица 3. Результаты тестирования инвалидов, перенесших спинальную травму

		Качественная характеристика			
Депрессия (Д) по шкале Бека M±m Me 25%/75% квартиль min-max	10,7±1,1 10 4/18 0–36	≤ 9баллов (отсут.Д) 10–15б – легкая Д 16–19б умеренная Д 20–29б – выражен. Д ≥30 б – тяжелая Д.	29 (46,0%) 11 (17,5%)	16 (25,4%) 1 (1,6%)	6 (9,5%)
Тест Спилберга (тревога (Т))	Реактивная Т. 38,3±1,9 (Me=39) Личностная Т. 45,7±1,3 (Me=48)	≤30 б – низкая Т 31–45 – умеренная Т ≥ 46 б – высокая Т	5 (7,9%) 48 (81,0%) 7 (11,1%)	Реактивная / Личностная 2 (3,2%) 21 (33,3%) 37 (63,5%)	
Индикатор копинг-стратегии	61,8±0,9 (Me=61) 56/77; 49-78	очень низкий	низкий	средний	высокий
Разрешение проблем		2 (3,2%)	28 (44,4%)	33(52,4%)	0
Поиск социальной поддержки		5 (8,0%)	29(46,0%)	28(44,4%)	1 (1,6%)
Избегание проблем		22 (35,0%)	36(57,1%)	5 (7,9%)	0

Подробный анализ шкалы Бека выявил, что наиболее существенным образом заболевание отразилось на изменении массы тела – 20,6% инвалидов отметили снижение веса более чем на 7 кг, 9,5% – на 5 кг; а также на сексуальных проблемах – 14,3% обследованных потеряли интерес к сексу и столько же стали значительно меньше заинтересованы в данной физиологической функции, чем раньше. При этом 52,4% не заметили каких-либо изменений в своем интересе к сексу и 55,6% не отметили изменения массы тела. Беспокойство о будущем продемонстрировали 63,5% пациентов, в том числе 55,6% отмечали тревогу за свое будущее, 6,3% – ощущали, что им не на кого надеяться, 1,6% (1 пациент) считал, что его будущее абсолютно безнадежно.

В наименьшей степени у пациентов с ТБСМ изменения шкалы Бека касались таких утверждений как: разочарование в себе (в 87,3% случаях саморазочарований не было, 9,5% – было и 3,2% пациентов чувствовали к себе отвращение); суицид (85,7% обследованных никогда не имели подобных мыслей и 14,3% думали о самоубийстве, при этом никогда бы это не реализовывали); чувство вины (81% не ощущали себя виноватыми и 19% ощущали себя виноватыми (не очень!) значительную часть времени) и интерес к людям (77,8% инвалидов не потеряли данный интерес, 19,0% стали меньше интересоваться людьми и 3,2% потеряли большую часть заинтересованности к социуму).

Несмотря на то, что все обследованные пациенты, перенесшие тяжелую спинальную травму, могли передвигаться только на инвалидных колясках, 57,2% не ощущали, что выглядят хуже, чем раньше; 34,9% ощущали изменения своей непривлекательности и 4,8% были убеждены, что выглядят некрасиво. Причем 68,3% не считали себя хуже других, 22,2% критично воспринимали свои слабости и ошибки, 9,5% винили себя в своих поступках и во всем происходящем. 52,4% инвалидов не переживали за свое здоровье, 47,6% выражали следующее беспокойство: 34,9% были обеспокоены такими физическими проблемами как боль или расстройства функции желудочно-кишечного тракта, в т.ч. запоры; 12,6% настолько переживали за здоровье, что не могли думать о чем-либо другом.

Тоска и грусть зарегистрирована у 33,3% опрошенных, треть пациентов считали себя неудачниками, 39,7% ожидают либо ощущают наказание, у 49,2% снижено или отсутствует чувство удовлетворения, 30,2% испытывают трудности в принятии решений. Работоспособность была снижена у 52,4%, большинство отметили необходимость дополнительных усилий для инициации каких-либо действий (41,3%), при этом лишь у 25,4% пациентов зарегистрирована повышенная утомляемость. Нарушения сна зарегистрированы в 31,7% случаев, в т.ч. 7,9% инвалидов чувствовали себя уставшим по утрам даже после продолжительного отдыха, 14,3% просыпались на 2–3 часа раньше и испытывали трудности в засыпании, 9,5% спали менее 5 часов, при этом просыпались раньше обычного. Нарушение аппетита выявлены в 28,6% случаев, раздражительность – в 31,7%. Высокую плаксивость отметили 27% пациентов, а 3,2% теперь не могут плакать, даже если сильно того хотят.

Анализ первой части шкалы самооценки уровня тревожности Спилберга-Ханина, оценивающий реактивную тревожность, показал, что 64,5% инвалидов, пере-

несших спинальную травму, обеспокоены возможными неудачами, 44,4% испытывают сожаление в различной степени выраженности, 40,3% озабочены своим неблагоприятным, 38,7% не чувствуют себя отдохнувшими и предъявляют жалобы на симптомы астении, 32,3% не испытывают чувство радости. Минимальные изменения по категории реактивной тревожности зарегистрированы в вопросах, касающихся стеничности, что может являться признаком активного вытеснения личностью высокой тревоги. Так, 91,9% инвалидов ответили отрицательно на вопрос «я не нахожу себе места», 93% – не извинены, 90,3% – не возбуждены, 80,6% – не нервничают, 92,1% пациентов проявляли спокойствие различной степени, 88,7% в той или иной степени уверены в себе. В то же время, разный уровень встревоженности продемонстрировали 24,2% больных, напряжения – 22,2%, чувствуют себя расстроенными 27,4%; а чувство внутреннего удовлетворения испытывают в разной степени 74,2% инвалидов.

Анализ второй части шкалы самооценки уровня тревожности Спилберга-Ханина, оценивающий личностную тревожность, показал, что 70,3% пациентов очень быстро устают; 57,4% легко могут заплакать; 68,9% почти всегда переживают из-за пустяков; 82% принимают все близко к сердцу; 70,5% пациентов не уверены в себе. Высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, эмоциональными и невротическими срывами. Однако, 87,1% инвалидов вполне счастливы; 96,7% спокойны; 93,4% чувствуют себя в безопасности; 91,8% довольны; 96,7% обычно чувствуют себя бодрыми. 76,7% хотели бы быть такими же счастливыми, как и другие. 76,4% пациентов тревожат ожидаемые трудности; 97,8% стараются избегать критических ситуаций и трудностей. 65,6% испытывают хандру. 65,9% очень волнительны по всяким пустякам; 50,7% так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могут о них забыть и 70,5% инвалидов охватывает сильное беспокойство, когда они думают о своих делах и заботах.

Следующим этапом нашего исследования стало изучение особенностей психо-эмоционального статуса инвалидов, перенесших спинальную травму на шейном и грудном уровне. Решение о целесообразности проведения подобного анализа связано с наибольшей тяжестью инвалидизации при высоком шейном повреждении позвоночника и спинного мозга, такие инвалиды в большей степени нуждаются в постоянном постороннем уходе. В то же время, как показали исследования анкетирования, когнитивный статус у таких пациентов достоверно лучше, а значит и лучший прогноз профессиональной переориентации с последующей интеграцией в социум и обретением экономической независимости.

Сравнительный анализ уровня тревожности показал, что при грудном уровне травмы спинного мозга достоверно выше личностная (в среднем на 2 балла) тревога, высокий уровень которой был зарегистрирован у 50% больных с шейной и 69,7% с грудной травмой. Реактивная тревога достоверно (в среднем на 3 балла) выше также при грудном уровне поражения, однако высокий уровень реактивной тревожности был зарегистрирован у 15% больных с шейной и 9,3% с грудной травмой. Анализ депрессивных расстройств установил, что большее выраженная депрессия была у пациентов с высоким

уровнем травмы (у 35,0% пациентов с шейной и 11,6% с грудной ТБСМ балл по шкале депрессии Бека был ≥ 20 ; $p < 0,01$). У них же установлен более низкий уровень социальной поддержки (табл. 4).

Сравнительный гендерный анализ психоэмоционального статуса выявил больше различий (табл. 4).

Так, реактивная тревожность выше у мужчин ($p = 0,066$), а личностная – у женщин ($p < 0,05$). У женщин процент умеренной реактивной тревожности выше, чем у мужчин (88,6% против 71,4%). Однако мужчины показывают больший процент по высокой тревожности (21,4%), тогда как у женщин это показатель равен 2,8%. Гендерный анализ личностной тревожности показал максимальный процент высокой тревожности у женщин (80%), тогда как у мужчин данный показатель в два раза меньше (42,9%). Умеренная личностная тревожность больше выражена у мужчин (50%), чем у женщин (20%).

Депрессия была диагностирована у 68,6% женщин и у 35,7% мужчин, причем выраженная или тяжелая депрессия была у 28,6% женщин и 7,1% мужчин ($p < 0,05$). Таким образом, депрессия в большей степени характерна для женщин.

Анализ индикатора копинг-стратегии по шкале «разрешение проблем» женщины показали низкие

результаты (51,4%), а у мужчин больше выражен средний уровень разрешения проблем (53,6%). У мужчин показатель «поиск социальной поддержки» ниже, чем у женщин ($p = 0,056$), женщины имеют чаще средний (57,1%), а мужчины – низкий уровень поиска социальной поддержки (50%). По шкале «избегание проблем» низкий уровень зарегистрирован у 68,6% женщин и 46,4% мужчин.

Гендерный корреляционный анализ установил, что женщины чаще жалуются на нарушение сна ($r = 0,253$; $p < 0,05$) и внимания ($r = 0,271$; $p < 0,05$), а также реже, чем мужчины проявляют критичность ($r = -0,250$; $p < 0,05$), спокойствие ($r = -0,358$; $p < 0,05$) и уверенность в себе ($r = -0,474$; $p < 0,01$).

Установлено, что работающие инвалиды реже бывают эмоционально лабильными ($r = -0,259$; $p < 0,05$), у них регистрировался меньший балл при оценке личностной тревоги ($r = -0,268$; $p < 0,05$), чем у нетрудоустроенных пациентов.

С давностью травмы положительно коррелировал балл личностной тревоги ($r = 0,297$; $p < 0,05$), отрицательно – социально-психологическая адекватность ($r = -0,337$; $p < 0,05$), уверенность в себе ($r = -0,314$; $p < 0,05$) и уровень сожаления ($r = -0,291$; $p < 0,05$). Это свидетельствует о том, что психо-эмоциональный фон

Таблица 4. Психо-эмоциональный статус у мужчин и женщин, перенесших спинальную травму

	ТБСМ шей ур (n=20)	ТБСМ груд ур (n=43)	p	Мужчины (n=28)	Женщины (n=35)	p
Реактивная тревожность						
≤ 30 б – низкая Т	1 (5,0%)	4 (9,3%)	$>0,05$	2 (7,2%)	3 (8,6%)	0.067
31–45 – умеренная Т	16 (80,0%)	35 (81,4%)		20 (71,4%)	31 (88,6%)	
≥ 46 б – высокая Т	3 (15,0%)	4 (9,3%)		6 (21,4%)	1 (2,8%)	
Личностная тревожность						
≤ 30 б – низкая Т	0 (0%)	2 (4,7%)	$>0,05$	2 (7,1%)	0	0.006*
31–45 – умеренная Т	10 (50,0%)	11 (25,6)		14 (50,0%)	7 (20,0%)	
≥ 46 б – высокая Т	10 (50,0%)	30 (69,7%)		12 (42,9%)	28 (80,0%)	
Депрессия ш. Бека						
< 9 баллов (отсут.Д)	8 (40,0%)	21 (48,8%)	$<0,01$ *	18 (64,3%)	11 (31,4%)	$<0,05$ *
10–15 б легкая Д (субД)	4 (20,0%)	12 (28,0%)		6 (21,5%)	10 (28,6%)	
16–19 б умеренная Д	1 (5,0%)	5 (11,6%)		2 (7,1%)	4 (11,4)	
20–29 б выраж.Д ср.тяж	7 (35,0%)	4 (9,3%)		2 (7,1%)	9 (25,7%)	
≥ 30 б – тяжелая Д	0	1 (2,3%)		0	1 (2,9%)	
Индикатор копинг-стратегии						
Разрешение проблем						
11–16 баллов – оч.низкое	3 (15,0%)	3 (7,0%)	$>0,05$	0	0	$>0,05$
17–21 балл – низкое	10 (50,0%)	18 (41,9%)		10 (35,7%)	18 (51,4%)	
22–30 – среднее	7 (35,0%)	22 (51,1%)		15 (53,6%)	14 (40,0%)	
≥ 31 баллов – высокое	0	0		3 (10,7%)	3 (8,6%)	
Поиск соц. поддержки						
≤ 13 баллов – оч. низкий	2 (10,0%)	3 (7,0%)	$<0,05$ *	5 (17,9%)	1 (2,9%)	0.056
14–18 баллов – низкий	11 (55,0%)	17 (39,5%)		14 (50,0%)	14 (40,0%)	
19–28 баллов – средний	7 (35,0%)	22 (51,2%)		8 (28,6%)	20 (57,1%)	
≥ 29 баллов – высокий	0	1 (2,3%)		1 (3,5%)	0	
Избегание проблем						
11–15 баллов – оч.низкое	6 (30,0%)	14 (32,5%)	$>0,05$	12 (42,9%)	9 (25,7%)	$>0,05$
16–23 балла – низкое	14 (70,0%)	22 (51,2%)		13 (46,4%)	24 (68,6%)	
24–26 баллов – среднее	0	4 (9,3%)		3 (10,7%)	2 (5,7%)	
≥ 27 – высокое	0	3 (7,0%)		0	0	

наиболее дестабилизирован у пациентов, недавно перенесших спинальную травму, при этом он стабилизируется пропорционально длительности периода времени от момента травмы.

Подтверждена необходимость и эффективность длительной комплексной медико-психологической реабилитации инвалидов с ТБСМ. Повторно госпитализированные в реабилитационный центр «Преодоление» пациенты реже предъявляли жалобы ($r=0,291$; $p<0,05$), и чаще характеризовались стабильным эмоциональным фоном ($r=0,261$; $p<0,05$), были более уверенные в себе ($r=0,326$; $p<0,01$) и критичные ($r=0,272$; $p<0,05$) по сравнению с инвалидами, поступавшими в Центр впервые. Последнее коррелировало с ростом функционального класса в процессе реабилитации. Это свидетельствует о высокой эффективности мероприятий комплексной медицинской, функциональной, психологической и социальной реабилитации, проводимых в реабилитационном центре для инвалидов «Преодоление» по индивидуальным программам реабилитации, основанным на подробном анализе реабилитационного потенциала и прогноза.

Выводы

У инвалидов, перенесших травмы спинного мозга, выраженная психо-эмоциональная дезадаптация: депрессия различной степени выраженности диагностирована у 54%; личностная тревога высокой степени – у 63,5%, реактивная тревога высокой степени выраженности – 11%; уровень разрешения проблем (копинг-стратегия) чаще был средним (52,4%), избегания проблем – низким (57,1%), поиска социальной поддержки – низким (46,0%) и средним (44,4%).

Информативность результатов первичной беседы и опроса значительно ниже по сравнению с результатами валидных шкал (депрессии Бека, тревоги Спилберга Ханина, копинг-стратегии Д.Амирхана), что может быть связано с установочным поведением пациентов.

По шкале депрессии Бека установлено, что наиболее существенным образом заболевание отразилось на изменении массы тела (20,6% инвалидов отметили снижение веса более чем на 7 кг), на сексуальных проблемах (14,3% обследованных потеряли интерес к сексу и столько же стали значительно меньше заинтересованы в данной физиологической функции, чем раньше); а также на беспокойстве о будущем (63,5%).

Личностная тревожность достоверно преобладает над реактивной у инвалидов, перенесших спинальную травму. При оценке личностной тревоги установлено, что 82% пациентов принимают все близко к сердцу, 70% очень быстро устают; 70,5% пациентов не уверены в себе.

У пациентов с высоким уровнем травмы более выражена депрессия (у 35,0% пациентов с шейной

и у 11,6% с грудной травмой депрессия выраженная) и более низкий уровень поиска социальной поддержки.

Реактивная тревожность выше у мужчин, а личностная – у женщин. Депрессия в большей степени характерна для женщин (68,6%), чем для мужчин (35,7%). У мужчин показатель «поиск социальной поддержки» ниже, чем у женщин.

Психо-эмоциональная дезадаптация прямо коррелирует с женским полом, высоким уровнем травмы, обратно – с давностью травмы, социальной вовлеченностью, а также с повторным курсом комплексной медико-психологической реабилитации. Последнее подтверждает необходимость и эффективность длительной комплексной медико-психологической реабилитации.

Практические рекомендации

Психо-эмоциональная дезадаптация инвалидов с ТБСМ осложняет процесс реабилитации и социальной интеграции. Поэтому психологическая коррекция является обязательным и неотъемлемым компонентом реабилитации инвалидов, перенесших спинальную травму. Клинический психолог обязательно должен входить в состав мультидисциплинарной реабилитационной бригады. Адекватность психологической реабилитации предопределяет не только развитие позитивных тенденций течения ТБСМ, но и позволяет оптимизировать процесс реабилитации, улучшить качество жизни и реинтеграцию пациентов в социум.

Невысокая информативность результатов первичной беседы и опроса по сравнению с результатами, выявленными с помощью валидных шкал, обосновывает необходимость применения специализированных опросников в комплексном первичном психодиагностическом обследовании пациентов с ТБСМ.

Для диагностики психо-эмоционального статуса целесообразно использовать шкалу депрессии Бека, шкалу самооценки Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина, методику индикатора копинг-стратегий Д. Амирхана.

Учитывая трудоспособный возраст (73% моложе 55 лет), образование (81%), высокий мнестико-интеллектуальный уровень (82%) инвалидов, перенесших спинальную травму, а также меньшую эмоциональную лабильность и тревожности у трудоустроенных инвалидов, целесообразно включение профессиональной реабилитации в комплекс мероприятий медицинской, психологической и социальной реабилитации, что позволит большинству инвалидов обрести экономическую независимость.

С целью повышения эффективности реабилитации целесообразно длительное проведение повторных курсов комплексной индивидуальной медико-психологической реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Булюбаш И.Д. «Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы», Издательский Дом «Бахрах-М», 2011, С. 21.
2. Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш. «Психологическая помощь в неврологии». Из-во Нижегородской гос. мед. академии, 2009. – 373 с.
3. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Н.В. Шапаронова. «Реабилитация неврологических больных» 2-е издание, Москва «МЕДпресс-информ», 2009. С. 121.
4. Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга. / Под общ.ред. Ивановой Г.Е., Крылова В.В., Цыкунова М.Б., Поляева Б.А. – М.: ОАО «Московские учебники и Картолитография», 2010. – 640 с.
5. Бобровницкий И.П., Василенко А.М., Нагорнев С.Н., Татарникова Л.В., Яковлев М.Ю. Персонализированная восстановительная медицина: фундаментальные и прикладные подходы к медицинской реабилитации и нелекарственной профилактике// Russian journal of rehabilitation Medicine. – 2012, № 1. –С. 9–20.

6. Сичинава Н.В., Горбунов Ф.Е., Стрельников А.В., Лукьянова Т.В. Коррекция когнитивных и психологических нарушений у больных вертеброгенным болевым синдромом // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2012, №4. – С. 3–7.
7. Бурлак А.М., Юдин В.Е., Дыбов М.Д., Лямин М.В. Особенности психологического статуса у раненых с дорсопатиями при боевой травме верхних конечностей // Вестник восстановительной медицины. – 2012, №1. – С. 7–10.
8. Кавалерский Г.М., Терновой К.С., Богачёв В.Ю., Романчук А.П., Никушкина Н.Е., Лебедева М.А. Методика оценки функционального состояния психомоторной регуляции у больных со спинномозговой травмой // Вестник восстановительной медицины. – 2012, №3. – С. 12–15.

РЕЗЮМЕ

В пилотное исследование включено 63 пациента с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) в возрасте от 19 до 77 лет ($40,27 \pm 16,52$ лет), в том числе 35 женщин и 28 мужчин, госпитализированных в Реабилитационный центр для инвалидов «Преодоление». Мужчины были достоверно моложе женщин. ТБСМ шейного уровня в 1,4 раза чаще была у мужчин ($p=0,070$). У инвалидов, перенесших травмы спинного мозга выявлена психо-эмоциональная дезадаптация: депрессия различной степени выраженности диагностирована у 54%; личностная тревога высокой степени – у 63,5%, реактивная тревога высокой степени выраженности – 11%; уровень разрешения проблем (копинг-стратегия) чаще был средним (52,4%), избегания проблем – низким (57,1%), поиска социальной поддержки – низким (46,0%) и средним (44,4%). Наиболее существенным образом заболевание отразилось на изменении массы тела (20,6% инвалидов отметили снижение веса более чем на 7 кг), на сексуальных проблемах (14,3% обследованных потеряли интерес к сексу и столько же стали значительно меньше заинтересованы в данной физиологической функции, чем раньше); а также на беспокойстве о будущем (63,5%). Личностная тревожность преобладает над реактивной, при этом реактивная тревожность выше у мужчин, а личностная – у женщин. У пациентов с высоким уровнем травмы более выражена депрессия (у 35,0% пациентов с шейной и у 11,6% с грудной травмой депрессия выраженная) и ниже уровень поиска социальной поддержки. Психо-эмоциональная дезадаптация прямо коррелирует с женским полом, высоким уровнем травмы, обратно – с давностью травмы, социальной вовлеченностью, а также с повторным курсом комплексной медико-психологической реабилитации. Повторные курсы длительной комплексной реабилитации повышают эффективность процессов восстановления и социальной реинтеграции.

Ключевые слова: травма спинного мозга, депрессия, тревога, психо-эмоциональный статус, реабилитация.

ABSTRACT

The pilot study consists of 63 patients with traumatic spinal cord injury, of 19-77 years old ($40,27 \pm 16,52$), including 35 women and 28 men, which were hospitalized to the rehabilitation center «Preodolenie». Men were younger than women. Traumatic spinal cord injury of cervical level occur more than in 1,4 times among men. Disabled people with spinal cord injuries have psycho-emotional maladjustment: depression was diagnosed in 54%; a high degree of personal anxiety – in 63,5%; a high degree of reactive anxiety – in 11%; level of resolution of problems (coping strategy) more often was average (52,4%), avoidance of problems – low level (57,1%), searching for social support – low level (46,0%) and average level (44,4%). Disease affected essentially the weight of the body (20,6% of disabled people observed weight loss more than of 7 pounds). It also effected on sexual problems (14,3% of patients became not interested in sex, and also in physiological function); and on thoughts about the future (63,5%). Personal anxiety prevails on reactive anxiety, wherein men have higher level of reactive anxiety, while women have higher level of personal anxiety. Patients with high level of injury have a high level of depression (35% of patients with neck injury and 11,6% of patients with thoracic trauma have manifestative depression) and low level of searching for social support. psycho-emotional maladjustment directly correlates with female and with high level of injury; it inversely correlated with prescription of injury, social inclusion and with repeated course of complex medical and psychological rehabilitation. Repeated courses of long-term comprehensive rehabilitation increase the efficiency of the processes of recovery and social reintegration..

Key words: spinal cord injury, depression, anxiety, psycho-emotional status, rehabilitation.

Контакты:

Силина Е.В. E-mail: silinaekaterina@mail.ru