

УДК 616.89-02:616-001]-07

ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ, СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ И РЕСУРСОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Морозов И.Н.

ФГУ «ННИИТО» Министерства здравоохранения и социального развития России, Нижний Новгород, e-mail: ivanmorozov@list.ru

В статье дана характеристика основных психологических и социальных проблем, встречающихся у пациентов, перенесших позвоночно-спинномозговую травму. Авторами определены психологические ресурсы, необходимые для проведения эффективного восстановительного лечения и намечены основные стратегии психотерапевтической работы.

Ключевые слова: позвоночно-спинномозговая травма, психологические нарушения

THE CHARACTERISTIC OF PSYCHOLOGICAL, SOCIAL PROBLEMS AND RESOURCES AT PATIENTS WITH THE SPINAL CORD INJURY

Morozov I.N.

Nizhniy Novgorod Research Institute of Traumatology and Orthopedics, Nizhniy Novgorod, e-mail: ivanmorozov@list.ru

The characteristic of the basic psychological and social problems meeting at patients, with spine cord injury is given in the article. Authors define the psychological resources necessary for carrying out of effective regenerative treatment and the basic strategy of psychotherapeutic work are planned.

Keywords: spine cord injury, psychological disorders

Позвоночно-спинномозговая травма сопровождается развитием значительного количества функциональных нарушений и осложнений, ограничивающих самообслуживание и мобильность больных [1; 2; 7; 8]. Большинство пострадавших остаются инвалидами [2; 3]. Пациенты с позвоночно-спинномозговой травмой составляют один из наиболее тяжелых контингентов реабилитационных учреждений и нуждаются в регулярных курсах дорогостоящего специализированного лечения [2; 4; 6]. Развившиеся вследствие травмы психологические и социальные проблемы остаются актуальными в течение всей жизни больных [5; 7]. В связи с этим выявление психологических и социальных проблем, уровня психологических ресурсов пациентов приобретает не только медицинское, но и социально-экономическое значение. Цель настоящего исследования – определить психологические и социальные проблемы и наличие психологических ресурсов у пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой.

Материал и методы исследования

Обследовано 72 пациента (средний возраст $26,4 \pm 1,4$ года), перенесших позвоночно-спинномозговую травму и получавших восстановительное лечение в отделении реабилитации Нижегородского НИИ травматологии и ортопедии в 2006–2010 гг. В промежуточном периоде травмы (в течение четырех месяцев) на лечение поступило 45% больных, через

5–12 месяцев – 20%, через год и позднее – 35% пациентов. Среди причин травмы лидировали ныряние (32%), автоавария (40,5%), падение с высоты (24,2%). Повреждение шейного отдела было диагностировано у 30,5% больных, грудного – у 40,3%, поясничного – у 29,2% обследованных. Нарушение проводимости спинного мозга оценивали с помощью шкалы ASIA [2]. При оценке степени тяжести повреждения полное нарушение проводимости спинного мозга (тип А) диагностировано у 33,3% больных, неполное – у 66,7% (В – 19,4%, С – 29,2%, Д – 18,1%). Оперативное лечение с целью декомпрессии спинного мозга и стабилизации позвоночника было выполнено у 90% больных.

Диагностику проблем и ресурсов пациентов проводили с помощью разработанного нами полуформализованного «Диагностического интервью» [5]. Психодиагностическое интервью занимало от 4 до 10 часов индивидуальной работы с пациентом. Длительность занятия была обусловлена возрастом пациента, выраженностью проблем, индивидуальными особенностями пациента (способностью осознавать переживания, оценить динамику восстановления функций, темпом беседы). Интервью носило достаточно свободный характер, однако каждый из блоков (цели, средства, результаты) включал несколько обязательных вопросов, относящихся к определенным этапам восстановительного процесса.

Вопросы имели значение не только для диагностики, но и для изменения позиции пациента в отношении восстановительного лечения и жизненных планов. Попытка ответить на эти вопросы побуждала пациентов искать и находить неиспользованные ими возможности. Конкретизация целей, средств и результатов, их связь с этапами реабилитации, осознание положительной динамики своего состояния, фокуси-

рование на возможностях социальной поддержки – все это стимулировало оценку настоящего состояния, происходящих изменений и соответственно использование своих возможностей для восстановления физических функций и желаемого социального статуса.

Параллельно с психологическими проблемами исследовали социальные проблемы и возможности (препятствующие или способствующие деятельности пациентов с целью восстановления функций): способность к поиску средств для восстановительного лечения вне стационара, наличие средств связи, доступность консультативной и стационарной медицинской помощи, наличие автомобиля и т.п.

Результаты исследования и их обсуждение

Наиболее проблемной позицией пациентов с последствиями спинальной травмы в отношении восстановительного лечения и жизни в целом являлась позиция «Все или ничего». Пациенты откладывали многие жизненные планы «на потом», до полного восстановления функций и объясняли свою пассивность в отношении собственной жизни травмой и ее последствиями (даже при объективно неплохом соматическом состоянии и достаточных для выполнения многих задач физических возможностях). При таком подходе пациенты считали для себя невозможными многие виды активности, не требующие ходьбы (упражнения, общение, учебу, работу и т.п.). Таким образом, субъективным критерием успешности восстановительного процесса и своего участия в нем для пациентов (даже на самых ранних этапах реабилитации) становилась ходьба, возвращение к состоянию прошлой физической активности или фантазии о таком будущем, когда ходьба станет возможной (64% пациентов). Выявленные психологические нарушения так или иначе были связаны с этой основной позицией и отражали разные ее аспекты.

Основными психологическими проблемами у пациентов с повреждением спинного мозга являлись: трудности в постановке ближайших и промежуточных целей в восстановлении физических функций, в поиске и выборе средств, необходимых для эффективного лечения, низкая самооценка и убеждение в своей неполноценности, недостаточная поисковая активность, отсутствие профессиональных планов (табл. 1).

Пациенты не могли самостоятельно поставить цель или следовать поставленным врачами промежуточным целям восстановительного лечения. Больные игнорировали реальные физические ограничения, основываясь исключительно на собственных фантазиях и прогнозе восстановления. В этом случае у пациентов появлялась безосновательная уверенность в полном восста-

новлении функций. Пациенты испытывали трудности в выборе адекватных средств реабилитации, а также не использовали имеющиеся на данный момент средства и возможности для их получения, не были способны организовать свое окружение для получения необходимой информации.

Таблица 1

Психологические проблемы у пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой

Проблемы	Количество пациентов, %
Трудности в постановке ближайших и промежуточных целей в восстановлении физических функций	69
Недостаточное осознание динамики восстановления функций	54
Непринятие имеющихся ограничений	36
Трудности в поиске и выборе средств, необходимых для эффективного лечения	59
Низкая самооценка и убеждение в своей неполноценности	77
Зависимость и контрзависимость	51
Недостаточная поисковая активность	74
Ограничение межличностного общения	54
Отсутствие профессиональных планов	72

Выявлены переживания, связанные с ощущением или убежденностью в своей неполноценности, ненормальности. Пациенты говорили о страхе и стыде, ожидаемом осуждении или пренебрежении окружающих. Пострадавшие требовали или ждали от близких помощи в действиях, которые могли выполнить сами. В то же время они не обращались к окружающим с просьбами о помощи в действиях, которые не могли выполнить самостоятельно, пренебрегая собственными потребностями в быту и в процессе восстановительного лечения. Характерна ориентация пациентов на пассивное принятие реабилитационных процедур. Имея реальные возможности, пациенты не искали информацию о перспективах, целях и средствах восстановления функций. Обследуемые не обращались за этой информацией к лечащему врачу, не получали её из Интернета, некритично относились к словам врачей, не перепроверяли информацию, полученную из ненадежных источников, не ориентировались активно в перспективах восстановительного лечения, опираясь

на сведения, относящиеся к предыдущим этапам реабилитации. Девизом такого рода отношения к восстановительному лечению могло стать высказывание одного из пациентов: «Не знаю, что спросить». По разным причинам пациенты избегали общения с другими людьми, объясняя свою позицию ненадежностью друзей, опасениями по поводу того, что их будут отвергать или плохо к ним относиться, боялись установления новых контактов. На самом деле, пациенты отвергали друзей и знакомых из-за чувства стыда и беспомощности. Больные откладывали посещения, не просили о помощи, даже испытывая сильную потребность в поддержке, общении со сверстниками. У части молодых пациентов (получивших спинальную травму до 18 лет) недостаточный жизненный опыт обуславливал ограниченную коммуникативную компетентность (знание норм и правил общения, организация общения, владение его технологиями) и соответственно недостаточную способность устанавливать межличностные связи, способствующие их социальной адаптации. Такие пациенты в значительно большей степени, чем взрослые, были замкнуты на ближайшее окружение (родственников) и ограниченно способны к активным действиям по налаживанию общения.

Социальные проблемы, затрудняющие восстановительное лечение, имели до 69% больных (табл. 2).

Таблица 2

Социальные проблемы у пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой

Проблемы	Количество пациентов, %
Отсутствие близких, способных оказывать пациенту необходимую ежедневную помощь	41
Отсутствие необходимой жилой площади для занятий и передвижения	44
Отсутствие образования или профессии, не требующей активного передвижения, а также невозможность получить профессию дистанционно	69
Отсутствие необходимых финансовых, материальных и технических средств для восстановления функций, активной жизни	59
Отсутствие микроструктуры, необходимой для эффективной реабилитации	31

Наиболее частыми социальными проблемами были отсутствие образования и

профессии или наличие профессии, требующей активного передвижения, а также невозможность получить профессию дистанционно; отсутствие необходимых финансовых, материальных и технических средств для восстановления функций, активной жизни. Не все социальные ограничения проведения восстановительного лечения были непреодолимыми, поскольку отражали пассивную поисковую или коммуникативную позицию пациента и его родственников. В какой-то мере они были отражением их собственных психологических проблем. Некоторые пациенты при тех же социальных возможностях и более ограниченных средствах демонстрировали способность справляться с трудностями, привлекая государственные органы, спонсорскую помощь, добровольных помощников, а также используя имеющуюся профессию для получения дополнительных финансовых средств. Возможность найти и попросить помощь, проконсультироваться с доктором с помощью Интернета, освоить новую профессию и организовать поддержку из государственных социальных органов являлась хорошим психологическим ресурсом.

Мы выявили, что психологические ресурсы, необходимые для социальной и трудовой реадaptации, имели не более четверти обследованных (табл. 3).

Большинство пациентов не могли примириться с имеющимися функциональными ограничениями и не обращались за помощью к окружающим. Реалистическое отношение к травме, то есть принятие изменений в своей жизни и в функциональных возможностях, умение четко осознавать динамику восстановления функций определено только у 18% больных. Характерными для пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой являются низкая поисковая активность и некритичное отношение к источникам информации. К важнейшим психологическим ресурсам, грубо нарушенным у пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой, относятся способность к коммуникации: возможность устанавливать и поддерживать контакты, слышать и понимать других людей, проявлять активность в организации общения, способность эмоционально откликаться на состояние партнеров по общению, наличие опыта общения и жизненного опыта.

Диагностика проблем и ресурсов пациентов позволила наметить основные направления психологической реабилитации больных:

– работа с пациентом в отношении принятия травмы, как уже случившегося события жизни, имеющего свои физические,

психологические и социальные последствия;

– поощрение физической активности пациента для понимания и проживание новых физических возможностей;

– пробуждение социальной и творческой активности;

– стимуляция поиска новых возможностей восстановительного лечения, обучения и самоподдержки, а также поиска новой информации;

– переоценка жизненных ценностей и отношения к себе самому.

Таблица 3

Психологические ресурсы у пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой

Ресурсы	Количество пациентов, %
Реалистическое отношение к травме	18
Способность ставить отдаленные и ближайшие цели	26
Возможность смириться с имеющимися ограничениями функций при невозможности их восстановления, компенсация за счет других функций	13
Способность находить финансовые, материальные возможности и человеческие ресурсы для восстановительного лечения	21
Принятие своих функциональных ограничений, способность к поддержанию чувства своей ценности за счет компенсации имеющихся ограничений в других сферах деятельности	15
Способность просить помощи при невозможности выполнить действие самому и действовать самостоятельно на основе имеющихся физических навыков	13
Высокая поисковая активность и умение найти необходимую информацию из разных источников, критичное отношение к источникам информации	13
Желание общаться с другими людьми, наличие опыта общения и жизненного опыта	26

Заключение

Изучение психологических и социальных проблем у пациентов с позвоночно-

спинномозговой травмой показало, что многие больные имеют трудности в постановке целей реабилитации, затрудняются в поиске и выборе средств реабилитации. Выявлено снижение самооценки и ограничение коммуникации больных. Психологические проблемы в значительной степени связаны с социальными, служат их отражением или способствуют появлению. Установлено, что большинство обследованных не обладали достаточными психологическими ресурсами для проведения эффективной реабилитации. Таким образом, для успешного проведения реабилитационных мероприятий у пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой прежде всего необходима диагностика психологических, социальных проблем и ресурсов.

Список литературы

1. Басков А.В. Хирургия пролежней. – М.: ГЭОТАР, 2001. – 205 с.
2. Белова А.Н. Нейрореабилитация // Руководство для врачей. – М., 2010. – 634 с.
3. Богданова Л.П. Восстановительное лечение больных с травматической болезнью спинного мозга при осложненных переломах позвоночника // Тез. докл. VI Всероссийского съезда физиотерапевтов. – СПб., 2006. – С. 188.
4. Драгун В.М. Хирургическое лечение травматических повреждений средне- и нижне-шейных позвонков // Травматология и ортопедия России. – 2008. – №3. – С. 82–83.
5. Психологическая реабилитация пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой / И.Н. Морозов, И.Д. Булюбаш, Е.В. Донченко, М.С. Приходько // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2010. – №3. – С. 44–47.
6. Перльмуттер О.А. Травма позвоночника и спинного мозга // Руководство для врачей. – Н.Новгород, 2000. – 141 с.
7. Профилактика и лечение пролежней у пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой: пособие для врачей / А.А. Стручков, И.Н. Морозов, И.Н. Атясов и др. – Н.Новгород, 2010. – 30 с.
8. Особенности медицинской помощи и прогноз исходов при позвоночно-спинномозговой травме на догоспитальном этапе / Н.Н. Шпаченко, В.Г. Климовицкий, С.А. Стегний и др. // Хирургия позвоночника – полный спектр: материалы науч. конф., посвящ. 40-летию отделения патологии позвоночника. – М., 2007. – С. 336–339.

Рецензенты:

Белова А.Н., д.м.н., профессор кафедры общей врачебной практики и геронтологии ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, г. Нижний Новгород;

Новиков А.В., д.м.н., ассистент кафедры травматологии и ортопедии ФПКВ ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, г. Нижний Новгород.