

Секция «Клинико-психологическая реабилитация»

**Посттравматический стресс и посттравматический рост среди пациентов с
травматической болезнью спинного мозга**

Толкачёва Оксана Николаевна

Аспирант

Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского, Саратов, Россия

E-mail: tolkoksana@ya.ru

В ряду кризисных ситуаций травматическая болезнь спинного мозга (ТБСМ) занимает особое место. Заболевание инициируется экстремальным, несущим угрозу для жизни событием. Восстановительный процесс занимает годы и сопровождается частыми госпитализациями, а последствия болезни сохраняются на всю жизнь.

Возникшее в результате травмы заболевание с высокой вероятностью может стать причиной развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Симптомы ПТСР встречаются приблизительно у 20% пациентов с травмой позвоночника в раннем периоде, и у 10% - сохраняются в долгосрочном периоде травмы [2, 3]. У 22-30% пациентов с травмой позвоночника развиваются различной степени выраженности депрессивные состояния [1].

Травма изменяет весь уклад жизни, становится её неотъемлемой частью, что затрудняет диагностику и выраженность посттравматических симптомов вторжения и избегания. В свою очередь действительные физические изменения и долгосрочное медицинское лечение накладывается на соматические проявления депрессии, такие как нарушение сна, аппетита, потеря сексуального влечения, ипохондрическую тревогу, препятствуя их демаркации. В результате профессионалы либо не распознают, либо неверно идентифицируют симптомы депрессии и ПТСР после травмы позвоночника [4].

Часто реабилитационный персонал недооценивает сообщения пациентов об их способности к совладанию, удовлетворённости жизнью и общим благополучием. Тогда как серьёзные жизненные кризисы могут быть источником не только негативных последствий, но посттравматического роста [5]. Исследования показывают, что почти 79% пациентов с травмой позвоночника указали на возросшую близость в отношениях и ориентацию на духовные ценности [6].

Нами было проведено исследование с целью выявить наличие тенденций к посттравматическому росту, а также возможную интенсивность симптомов ПТСР и депрессии среди пациентов с травмой позвоночника. Для достижения поставленных целей использовались гражданский вариант Миссисипской шкалы для оценки посттравматических реакций, Шкала депрессии Бэка и Опросник посттравматического роста Тадеша и Кэлхоуна в адаптации М.Ш. Магомед-Эминова.

В исследовании приняли участие 45 человек с инвалидностью I группы вследствие травмы позвоночника, 15 женщин и 30 мужчин, в возрасте от 19 до 57 лет. Средний возраст респондентов 34 года. Причины травматизации: падение с высоты - 31%, ДТП - 31%, прыжок в воду (травма ныряльщика) - 22%, ранение - 12%. Уровень повреждения: 44% - шейный отдел, 44% - грудной отдел, 12% - поясничный отдел позвоночника. Период травмы от 2 до 29 лет, средний период травмы - 12 лет. Полученные в результате анкетирования социо-биографические сведения об участниках были ранжированы для последующего изучения их взаимосвязи с показателями диагностических методик. Так, уровень образования был ранжирован от 1 - начальное образование до 4 - высшее образование, трудовая занятость от 1 - безработный до 4 - регулярная работа на территории работодателя и т.д.

Для оценки степени выраженности показателей депрессии, посттравматического стресса и посттравматического роста участники исследования были разделены на группы с высокими, низкими и средними значениями. Результаты, представленные в таблице 1, указывают на то, что 20% пациентов с ТБСМ имеют выраженные и 49% умеренные симптомы посттравматического стресса.

У 47% участников исследования отсутствует депрессивная симптоматика. Умеренная депрессия выявлена у 38% и выраженная депрессия у 16% респондентов.

60% респондентов обнаружили выраженные тенденции к посттравматическому росту. На рисунке 1 отражены разбитые на три группы значения шкал Опросника посттравматического роста (высокие, средние и низкие значения), а также средние показатели для этих шкал среди респондентов с ТБСМ. Самый выраженный рост наблюдается по шкале «Новые возможности», которая описывает появление после травмы новых способов самореализации. Показатели для шкал «Повышение ценности жизни» и «Духовные изменения» находятся в диапазоне средних значений, тогда как шкалы «Сила личности» и «Отношение к другим» варьируются в диапазоне низких отметок.

На рисунке 2. отражены корреляционные связи между показателями методик и некоторыми социо-биографическими параметрами. Ни время, ни серьёзность повреждения ни выявили связи с уровнем депрессии и симптомов ПТСР.

Выраженность ПТСР напрямую связана с уровнем депрессии и её когнитивно-аффективной компонентой. Респонденты с высшим образованием продемонстрировали более низкие показатели депрессии, чем респонденты со средним и средним профессиональным образованием. Депрессия и её соматический компонент негативно отражаются на посттравматическом росте, представлениях о силе личности и духовных изменениях. Чем активнее трудовая деятельность, тем более выражен посттравматический рост, особенно в области новых возможностей и отношения к другим.

Таким образом, у 69% пациентов с травмой наблюдаются симптомы ПТСР и у 54% симптомы депрессии разной степени выраженности, тогда как тенденции к посттравматическому росту обнаружили почти 96% респондентов. Особенно выражен рост в области открытия новых возможностей, чему способствует активная вовлеченность в профессиональную деятельность. Связь когнитивных процессов после травмы с выраженностью ПТСР, а также влияние общего уровня образования на уменьшение депрессивной симптоматики может указывать на то, что эффективность совладания со стрессом и тенденции к росту связаны со способностью осмыслять, понимать и интерпретировать травму и её последствия.

Источники и литература

- 1) Elliott T.R., Frank R.G. Depression following spinal cord injury//Arch Phys Med Rehabil. 77, 1996. pp. 816-823.
- 2) Krause J.S., Saunders L.L., Newman S. Posttraumatic stress disorder and spinal cord injury// Arch Phys Med Rehabil. Aug, 91(8), 2010. pp. 1182-7.
- 3) Nielsen M. S. Post-traumatic stress disorder and emotional distress in persons with spinal cord lesion//Spinal Cord. 41, 2003. pp. 296-302.
- 4) Orenczuk S., Mehta S., Slivinski J., Teasell R.W. Depression Following Spinal Cord Injury//Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence. Version 5.0, 2014. pp. 1-35.
- 5) Richard G. Tedeschi, Lawrence G. Calhoun. Posttraumatic Growth: Conceptual

Foundations and Empirical Evidence//Psychological Inquiry. Vol. 15, No. I, 2004. pp. 1-18.

- 6) Shenell D. Evans, Samuel T. Gontkovsky. Posttraumatic Growth Following Spinal Cord Injury//SCI Psychosocial Process. Volume. 21, No. 1, 2008. pp. 40-47.

Иллюстрации

Методика	Степень выраженность		N	Среднее значение
	Низкие значения	от 50 до 68		
Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций	Средние значения	от 69 до 86	49%	76,9
	Высокие значения	от 87 до 104	20%	93,8
	Низкие значения	от 50 до 68	31%	61,7
Шкала депрессии Бэка	Отсутствие депрессивных симптомов	0-9	47%	6
	Умеренная депрессия (субдепрессия)	10-19	38%	12,5
	Выраженная депрессия	20-63	16%	24,5
Посттравматический рост	Низкие значения	0-32	4%	17
	Средние значения	33-63	38%	50,7
	Высокие значения	64-105	60%	74,9

Рис. 1. Таблица 1. Выраженность показателей посттравматического стресса, депрессии и посттравматического роста в группе с ТБСМ

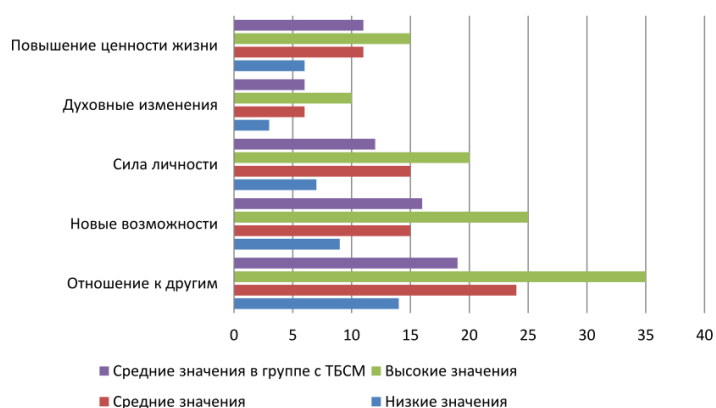


Рис. 2. Рис. 1. Выраженность показателей шкал Опросника посттравматического роста в группе с ТБСМ

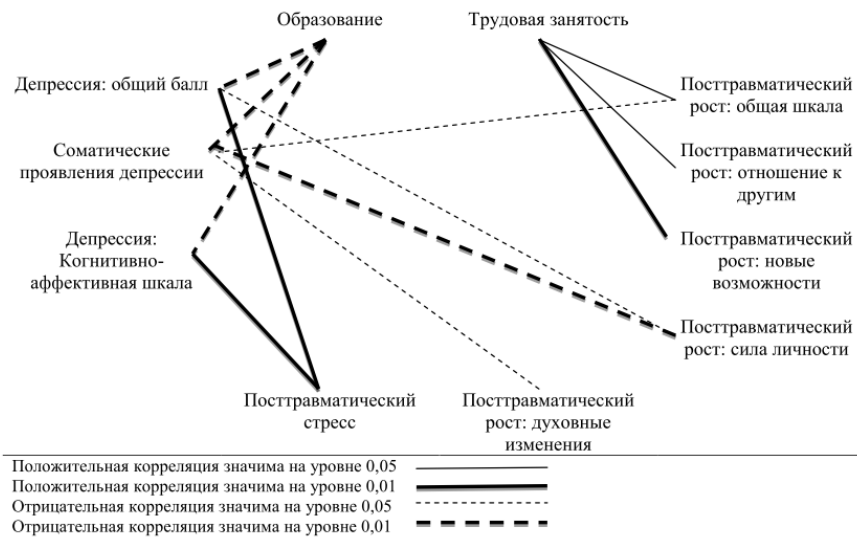


Рис. 3. Рис. 2. Корреляционная плеяда