

УДК 616.717.7+717.8+717.9

К. М. Бутко

**РОЗЛАДИ АДАПТАЦІЇ ТА ЇХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ У ОСІБ,  
ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНІ ОПЕРАЦІЇ НА КИСТІ**

К. М. Бутко

**РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ И ИХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ  
У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА КИСТИ**

К. М. Butko

**ADJUSTMENT DISORDER AND PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION IN PATIENTS  
WHO UNDERWENT RECONSTRUCTIVE AND RESTORATIVE SURGERY ON WRIST**

Проведене дослідження розладів адаптації у хворих з реконструктивно-відновними операціями на кисті. Визначені індивідуально-психологічні особливості (типи акцентуацій), стан психоемоційної сфери (рівень депресії за суб'єктивним та об'єктивним оцінюванням, рівень тривожності) та рівень якості життя. Викладені принципи психотерапевтичної корекції (групова психотерапія з елементами когнітивно-біхевіоральної терапії, раціональної терапії, позитивної та суггестивної психотерапії) і модель психологічного супроводу даного контингенту.

**Ключові слова:** реконструктивно-відновні операції на кисті, розлади психологічної адаптації, якість життя

Проведено исследование расстройств адаптации у больных с реконструктивно-восстановительными операциями на кисти. Определены индивидуально-психологические особенности (типы акцентуаций), состояние психоэмоциональной сферы (уровень депрессии по субъективным и объективным оценкам, уровень тревожности) и уровень качества жизни. Изложены принципы психотерапевтической коррекции (групповая психотерапия с элементами когнитивно-бихевиоральной терапии, рациональной терапии, позитивной и суггестивной психотерапии) и модель психологического сопровождения данного контингента.

**Ключевые слова:** реконструктивно-восстановительные операции на кисти, расстройства психологической адаптации, качество жизни

Studies adjustment disorder in patients with reconstructive surgery on the hand. Definition of individual psychological characteristics (accentuations), psychoemotional state of the sector (level of depression on the subjective and objective evaluation of the level of anxiety) and quality of life. Principles of psychological adjustment (group therapy with elements of cognitive-behavioral therapy (CBTh), rational therapy, positive and suggestive psychotherapy) model and psychological support of the contingent.

**Key words:** reconstructive surgery of the fingers, disorders of psychological adaptation, the quality of life

У останні десятиліття в Україні спостерігається стійка тенденція до збільшення інвалідності (первинної та вторинної), що є не тільки медичною, а й соціальною проблемою. Згідно зі статистичними даними одне з провідних місць серед причин цього явища займає травматизм: побутовий, професійний, транспортний. В осіб, які втратили працездатність внаслідок травми, відзначається погіршення рівня якості життя, як при суб'єктивному, так і об'єктивному оцінюванні даного аспекту. Це погіршення відбувається в основному за рахунок зниження рівня соціального функціонування, що у свою чергу призводить до розвитку стресового стану у пацієнта та подальшого формування дистресу [1].

Найбільш значущим інвалідизуючим чинником для працездатного населення є травми верхніх кінцівок, особливо апарату кисті як найбільш тонкого моторного апарату людини. Ці травми становлять до 30—57 % випадків від загальної кількості пошкоджень опорно-рухової системи [2, 3].

При цьому в сучасних вітчизняних та зарубіжних літературних джерелах, часто згадується про незадовільну якість результатів — до 40 % в терапії пацієнтів з ушкодженнями апарату кисті на різних її етапах. Деякі джерела вказують на низьку якість лікування в середньому у 50—75 %. Поширеність такого стану обумовлена особливістю терапії у хворих з патологією кисті і пальців, тому що в 50 % результати лікування залежать від трудомісткої, повноцінної реабілітації пацієнта [4].

До теперішнього часу залишаються невивченими питання особливостей формування розладів невротичного регістру на тлі соматичного захворювання й їхнього взаємовпливу [5, 6].

Невирішеним є питання реабілітації у пацієнтів перенесли реконструктивно-відновні операції на кисті (РВОК) із застосуванням психокорекційних та психотерапевтичних заходів. Разом з тим, спостерігається значне збільшення розладів адаптації у даного контингенту хворих. Лікувально-реабілітаційні програми щодо таких пацієнтів до теперішнього часу ґрунтуються на застосуванні медикаментозних, хірургічних заходів. Застосування психокорекційних та психотерапевтичних методів щодо таких хворих практично ґрунтовно не досліджувалось.

У вирішенні цієї проблеми, поряд з розробленням та вдосконаленням існуючих методів, актуальним є дослідження та оцінювання стану емоційної сфери пацієнтів, що перенесли РВОК, а також розроблення новітніх програм медико-психологічного супроводу даного контингенту хворих на різних етапах їх лікування та реабілітації.

Усе вищевказане обумовлює актуальність проблеми, її наукове, практичне і соціально-економічне значення.

Ефективність застосування психокорекційних і психотерапевтичних методів відносно цього контингенту хворих ґрунтовно не досліджувалась. Враховуючи вищевикладене, є необхідним вивчення комплексного психотерапевтичного впливу на хворих після РВОК, у яких сформувалися розлади психологічної адаптації

(психокорекційних та психотерапевтичних методів) та оцінка ефективності застосування даних методів.

Мета дослідження — розробити систему психотерапевтичної корекції осіб з реконструктивно-відновними операціями на кисті на підставі вивчення клінічних, психологічних і соціальних складових формування у них дезадаптивних реакцій та розладів психічної сфери, та оцінити її ефективність.

В роботі використовували комплекс методів дослідження, до якого входили клінічний, соціально-демографічний, психодіагностичний та математично-статистичний методи.

За допомогою соціально-демографічного методу вивчались вік пацієнта, сімейний стан, освіта, вид праці. Це дозволило оцінити переддиспозиційні чинники, які впливали на перебіг захворювання.

Клінічний метод включав вивчення скарг обстежених осіб, даних соматичного та психічного статусів, медичної документації.

Для об'єктивізації стану психічної сфери, в роботі застосовували такий інструментарій психодіагностичного дослідження: для оцінки стану емоційної сфери — шкала депресії М. Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS), 1960), шкала депресії У. Цунга для самооцінки депресії (Zung Self-Rating Depression Scale), шкала реактивної тривоги та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна (за О. П. Єлисеєвим, 2001); для оцінки особистісних характеристик: опитувальник К. Леонгарда — Н. Шмішека, за О. П. Єлисеєвим, 2001); дослідження якості життя здійснювали з використанням однойменного опитувальника SF-36 (The Short Form-36 or Medical Outcomes Study 36-item short form health survey, John E. Ware, Cathy D. Sherbourne, 1992).

За умов інформованої згоди хворих відбувся відбір зі 320 пацієнтів, що проходили відновне реабілітаційне лікування в КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня № 31»

протягом 2010—2012 років. У дослідженні брали участь 100 осіб, що склали основну групу (ОГ) дослідження, які перенесли РВОК та мали розлади адаптації на донозологічному та нозологічному рівнях, у віці від 21 до 60 років (середній вік —  $43,2 \pm 4,95$  роки). Згідно з даними обстеження, у 40 (40%) осіб психологічна дезадаптація була представлена на нозологічному рівні у вигляді розладів адаптації (F 43.2), у інших 60 % (60 осіб) пацієнтів відзначалися розлади адаптації, які не досягали нозологічного рівня, та відповідали ситуаційно зумовленим реакціям психологічної дезадаптації (СЗРПД).

Обидві групи обстежуваних були рандомізовані за статтю та віком. Під час відбору враховувалися критерії включення (вік 21—60 років, клінічні прояви, нозологічна приналежність) та принципи верифікації діагнозу у відповідності до стандартів діагностики МКХ-10. Усі хворі отримували базове післяопераційне та реабілітаційне лікування.

Клініко-психопатологічне дослідження дозволило визначити розповсюдженість та структуру психічних розладів у обстежених пацієнтів (таблиця). Найважливіша психопатологічна симптоматика була представлена в межах діагностичної рубрики МКХ-10 F 43.2, яка досягала синдромологічної оформленості у 40 (40,0 %) хворих з яких 35 % страждали на змішану тривожно-депресивну реакцію (F 43.22) і 5 % — з переважанням порушення інших емоцій (F 43.23).

Дослідження індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів встановило такі дані. Під час вивчення рівня депресії суб'єктивну оцінку визначали за допомогою шкали депресії У. Цунга, об'єктивну — за допомогою опитувальника М. Гамільтона. Аналіз показників суб'єктивної та об'єктивної оцінки в осіб з РВОК довів наявність розбіжностей між реальними клінічними проявами депресії та оцінкою тяжкості свого емоційного стану пацієнтами (див. таблицю).

#### Співвідношення суб'єктивного та об'єктивного рівня депресії обстежених хворих

Рівень	Суб'єктивна оцінка (за даними методики Цунга)			Об'єктивна оцінка (за даними методики Гамільтона)		
	Частота ознаки в ОГ (n = 100)					
	абс. величини, осіб	відносні величини, %	середнє значення, бали	абс. величини, осіб	відносні величини, %	середнє значення, бали
Відсутність депресії	96	96,0	$8,7 \pm 1,46$	5	5,0	$6,4 \pm 1,62$
Легка депресія	4	4,0	$14,6 \pm 1,23$	8	8,0	$11,3 \pm 1,08$
Помірна депресія (середня)	—	—	—	26	26,0	$15,1 \pm 0,71$
Виразна депресія (не тяжка депресія)	—	—	—	61	61,0	$19,4 \pm 2,32$

У основній групі отримані дані стосовно суб'єктивного оцінювання показали, що пацієнти з РВОК не спостерігали у себе депресії (середній бал —  $8,7 \pm 1,46$ ) у 96,0 % випадків і лише 4,0 % осіб (середній бал —  $14,6 \pm 1,23$ ) вважали, що мають легкий рівень депресії.

За об'єктивним оцінюванням у більшості хворих з РВОК у 61,0 % осіб відмічався виражений показник депресії (середній бал —  $19,4 \pm 2,32$ ), у 26,0 % — спостерігався помірний показник (середній бал —  $15,1 \pm 0,71$ ), у 8,0 % — легкий рівень (середній бал —  $11,3 \pm 1,08$ ) та у 5,0 % осіб депресія була відсутня (середній бал —  $6,4 \pm 1,62$ ).

Оцінку рівня тривожності у осіб з РВОК проводили у зв'язку з тим, що ця риса особистості має значний вплив на поведінкові паттерни пацієнта, схильність до тривоги, суб'єктивної оцінки власної безпеки.

У групі переважали високий рівень реактивної тривоги (у 72,0 %, середній бал —  $47,1 \pm 2,11$ , при  $p \leq 0,05$ ) і середній — особистісної тривожності (у 68,0  $\pm 4,54$  %, середній бал —  $47,9 \pm 1,67$ , при  $p \leq 0,05$ ). У 28,0 % пацієнтів показники реактивної тривоги відповідали середньому рівню (середній бал —  $39,4 \pm 1,27$ ). Особистісна тривожність високого рівня в групі обстежених була виявлена у 16,0 % пацієнтів (середній бал —  $47,9 \pm 1,67$ )

з тією ж частотою зустрічались пацієнти з низьким рівнем цього показника (середній бал —  $18,4 \pm 1,07$ ).

Профіль особливостей особистості пацієнтів в досліджуваній групі визначали за допомогою опитувальника К. Леонгарда — Н. Шмішека. У більшості пацієнтів з РВОК переважали показники за шкалами гіпертимності (середній бал —  $15,66 \pm 5,4$ ) — у 75 % хворих, емотивності (середній бал —  $15,5 \pm 5,17$ ) — у 60 % хворих та циклотимності (середній бал —  $14,5 \pm 4,47$ ) — у 73 % хворих.

Отримані дані шкал акцентуації у своєму співвідношенні вказували на екстравертивний профіль таких пацієнтів, наявність у них схильності в складних умовах до вираженої нестабільності емоційних проявів. В умовах дезадаптації в осіб з РВОК при коливаннях настрою проявляються негативні сторони гіпертимного характеру (важка переносимість умов жорсткої дисципліни при вимушеній обмеженості діяльності, у зв'язку з чим з'являються роздратування, характерні спалахи гніву при невдачах), циклотимного характеру (часті періодичні зміни настрою, висока чутливість до впливу зовнішніх подій та коливання настрою, що супроводжуються занепокоєнням), емотивного характеру (глибока виразність емоцій, чутливість, тривожність, боязкість, вразливість, слізливість).

Загальний показник якості життя, згідно з результатами аналізу показників за шкалою SF-36, формувався за рахунок фізичного компонента та психічного компонента, які утворюються внаслідок поєднання відповідних шкал. Під час вивчення показників якості життя було встановлено знижений його рівень у пацієнтів з РВОК. Так, дані стосовно фізичного компонента в основній групі були знижені за рахунок шкали «Фізично-рольове функціонування» середній бал якої складав  $42,0 \pm 4,99$  бали. Це в свою чергу свідчить про наявність дискомфорту у даного контингенту хворих у виконанні повсякденної рольової діяльності: побутових та робочих обов'язків. Також привернули увагу високі показники за шкалою «Фізичне функціонування» (середній бал —  $67,8 \pm 4,15$ ) за якою пацієнти оцінювали вплив теперішнього фізичного стану на виконання фізичних навантажень, згідно з якими більшість пацієнтів намагалися дезактуалізувати вплив наслідків фізичної травми або інвалідизації на своє життя у сфері самообслуговування.

За результатами власних досліджень були визначені чинники формування розладів психологічної адаптації в осіб зі РВОК.

Характерними складовими психологічних чинників формування розладів психологічної адаптації у пацієнтів зі РВОК були індивідуально-типологічні та поведінкові особливості. До індивідуально-типологічних належали особливості особистості, виражені за шкалами гіпертимності, циклотимності та емотивності та нестабільний психоемоційний стан. До особливостей поведінки належали висока ворожа спрямованість, яка супроводжується зниженою мотиваційною спрямованістю та деструктивним типом взаємодії з оточуючими.

На підставі отриманих результатів були виокремлені інформативні маркери порушень психологічної адаптації в осіб з РВОК: рівень тривоги, депресії, ворожості та показники якості життя.

Перед проведенням психотерапевтичної корекції основна група дослідження була поділена порівну на групу втручання (ГВ) та групу контролю (ГК) по 50 осіб з РВОК

у кожній групі. При цьому розподіл пацієнтів з розладами адаптації та з СЗРПД не мав значних відмінностей та був приблизно однаковий в обох групах: F 43.2 — 19 осіб та з СЗРПД — 31 особа в ГВ, у ГК з F 43.2 — 21 особа та зі СЗРПД — 29 особа.

На базі отриманих інформативних маркерів сформована система психотерапевтичної корекції, яка побудована за системним, багатоступеневим принципом. Базовим методом реалізації психотерапії пацієнтів з РВОК була групова психотерапія з елементами когнітивно-біхевіоральної терапії (КБТ), раціональної, позитивної та сугестивної психотерапії.

Згідно з даними повторної психодіагностики, після проведення психотерапевтичного втручання у пацієнтів ГВ були отримані такі результати: достовірно стабілізувався рівень реактивної тривоги ( $35,2 \pm 2,1$  бали, при  $p \leq 0,05$ ), знизився рівень депресії при об'єктивному ( $\leq 11,4 \pm 2,56$  бали) та суб'єктивному оцінюванні ( $\leq 9,5 \pm 1,86$  бали), спостерігалось зменшення індексу ворожості ( $\leq 6,2 \pm 0,89$  бали). Відмічалися позитивні зміни щодо оцінки показників якості життя пацієнтами із РВОК. Значне поліпшення відмічалось за шкалами, які входять до психічного компонента, а саме «Соціальне функціонування» (середній бал —  $89,5 \pm 2,67$ ), «Емоційно-рольове функціонування» (середній бал —  $85,9 \pm 2,42$ ), «Життєва активність» (середній бал —  $78,8 \pm 3,01$ ), «Психічне здоров'я» (середній бал —  $88,4 \pm 2,71$ ).

За показниками шкал фізичного компонента також була відмічена позитивні зміни: «Загальний стан здоров'я» (середній бал —  $75,3 \pm 2,5$ ), «Фізичне функціонування» (середній бал —  $79,4 \pm 2,81$ ), «Фізично-рольове функціонування» (середній бал —  $73,9 \pm 2,11$ ), «Психічне здоров'я» (середній бал —  $82,1 \pm 0,87$ ), достовірно рівень цього показника був вдвічі вищим у порівнянні з рівнем якості життя пацієнтів до психотерапевтичного втручання.

В ГК, в результаті застосування стандартної схеми стаціонарного лікування хворих, значних змін не спостерігалось.

Отже, у порівнянні з групою контролю, в групі втручання були отримані достовірні відмінності за усіма вказаними показниками.

Таким чином, розроблена система психотерапевтичних заходів достовірно надала можливість особам із РВОК знизити тривожну, депресивну симптоматику, нівелювати прояви психологічної дезадаптації шляхом стимуляції їхнього адаптаційно-компенсаторного потенціалу, підвищити якість життя, швидше і якісніше пройти шлях до одужання.

Психопатологічна симптоматика в обстежених була представлена в межах діагностичної рубрики МКХ-10 F 43.2, яка досягала синдромологічної оформленості у 40 (40,0 %) хворих, з яких 35 % страждали на змішану тривожно-депресивну реакцію (F 43.22), і 5 % — з переважанням порушення інших емоцій (F 43.23).

Характерними складовими психологічних чинників формування розладів психологічної адаптації у пацієнтів зі РВОК були індивідуально-типологічні та поведінкові особливості. До індивідуально-типологічних належали особливості особистості виражені за шкалами гіпертимності, циклотимності та емотивності та нестабільний психоемоційний стан. На підставі отриманих результатів були виокремлені інформативні маркери порушень

психологічної адаптації в осіб з РВОК: рівень тривоги, депресії, ворожості та показники якості життя.

На базі отриманих інформативних маркерів сформована система психотерапевтичної корекції, яка побудована за системним, багатоступеневим принципом. Базовим методом реалізації психотерапії пацієнтів з РВОК була групова психотерапія з елементами когнітивно-біхевіоральної терапії, раціональної, позитивної та суггестивної психотерапії. Розроблена система психотерапевтичних заходів достовірно надала можливість особам із РВОК знизити тривожну, депресивну симптоматику, нівелювати прояви психологічної дезадаптації шляхом стимуляції їх адаптаційно-компенсаторного потенціалу, підвищити якість життя, швидше і якісніше пройти шлях до одужання. Загальна ефективність впроваджених психотерапевтичних заходів, що були застосовані під час лікування серед осіб зі РВОК, становила 81,6 %.

### Список літератури

1. Чабан О. С. Дезадаптація людини в умовах суспільної кризи: нові синдроми та напрямки їх подолання / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Журнал психиатрії і медичинської психології. — 2009. — № 3 (23). — С. 13—22.
2. Азолов В. В. Методы реконструкции пальцев кисти при последствиях механической, огнестрельной и термической

травмы / В. В. Азолов, Н. М. Александров // Международный медицинский журнал. 2004. — Т. 10. — № 1. — С. 117—123.

3. Александров Н. М. Реконструктивные операции при травматических дефектах пальцев кисти и адаптивная компенсация её нарушенных функций : автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук / Н. М. Александров. — Н. Новгород, 2007. — 45 с.

4. Медицинские и психологические аспекты реабилитации больных и инвалидов при утрате первого пальца кисти / [Т. М. Иванцова, Л. А. Родоманова, И. В. Иванцова, А. Г. Польшкин] // Человек и его здоровье : материалы V Российского национального конгресса с международным участием. — СПб., 2000. — С. 21—22.

5. Михайлов Б. В. Алгоритмизация диагностического процесса в психотерапии / Б. В. Михайлов // Медицинская психология. — 2006. — Т. 1, № 3. — С. 33—36.

6. Михайлов Б. В. Проблема оценки эффективности и качества оказания психотерапевтической помощи / Б. В. Михайлов // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 3 (64). — С. 137.

*Надійшла до редакції 28.04.2014 р.*

**БУТКО Казар Матевосович**, головний лікар Комунального закладу охорони здоров'я «Міська клінічна лікарня № 31», м. Харків; e-mail: tanya-alieva2011@yandex.ru

**BUTKO Kazar Matevosovych**, Head doctor, Municipal Institution's Health Clinical Hospital № 31, Kharkiv; e-mail: tanya-alieva2011@yandex.ru