

К. М. Бутко

**АНАЛІЗ СТАНІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ В ОСІБ З ТРАВМАТИЧНИМ УРАЖЕННЯМ
ВЕРХНІХ КІНЦІВОК ЯК ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ НАДАННЯ ЇМ
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ**

К. М. Бутко

**Анализ психологической дезадаптации у лиц с травматическим поражением верхних конечностей
как обоснование необходимости предоставления им медико-психологической помощи**

К. Butko

**Analysis of the state psychological maladjustment in patients with traumatic lesions
of the upper extremities as rationale for providing them with psychological assistance**

На ґрунті результатів обстеження 100 пацієнтів з травматичним ураженням верхніх кінцівок, які перенесли реконструктивно-відновні оперативні втручання на кісті, доведена наявність у них станів психологічної дезадаптації. У 40 % розлади адаптації набували клінічно окресленої вираженості в рамках F 43.2, у інших 60 % мали місце окремі, мозаїчно представлені ознаки, які розглядалися нами як реакції психологічної дезадаптації. Отримані результати наочно свідчать про необхідність включення медико-психологічної ланки в систему надання хворим з травматичними ураженнями верхніх кінцівок спеціалізованої медичної допомоги.

Ключові слова: травма верхніх кінцівок, розлади адаптації, психологічна дезадаптація

На основе результатов обследования 100 пациентов с травматическим поражением верхних конечностей, перенесших реконструктивно-восстановительные оперативные вмешательства на кисти, доказано наличие у них состояний психологической дезадаптации. У 40 % расстройств адаптации приобретали клинически очерченную выраженность в рамках F 43.2, у остальных 60 % имели место отдельные, мозаично представленные признаки, которые рассматривались нами как реакции психологической дезадаптации. Полученные результаты наглядно свидетельствуют о необходимости включения медико-психологического звена в систему предоставления больным с травматическими поражениями верхних конечностей специализированной медицинской помощи.

Ключевые слова: травма верхних конечностей, расстройства адаптации, психологическая дезадаптация

Based on the results of a survey of 100 patients with traumatic lesions of the upper extremities, who underwent reconstructive surgery on renewable bone, proved that they have a state of psychological maladjustment. In 40 % of clinically acquired disorders of adaptation outlined severity under F 43.2, in the other 60 % have been some mosaic presents features that were considered by us as reactions psychological maladjustment. The results clearly indicate the need to include medical and psychological link in the system of patients with traumatic lesions of the upper extremities specialized care.

Keywords: trauma upper limb, disorders adaptation, psychological maladjustment

Травматичні uszkodження верхніх кінцівок становлять одну із серйозніших медико-соціальних проблем у силу стійкості й глибини змін соціального статусу хворого. Актуальність проблеми визначається частотою травм, що складає від 26 до 145 випадків на 1 млн населення, збільшенням кількості інвалідів щорічно на 5—6 тис. осіб, найбільш працездатним (45 років) середнім віком потерпілих [1].

У осіб, які втратили працездатність внаслідок травми, відзначається погіршення рівня якості життя, яке відбувається, в основному, за рахунок зниження рівня соціального функціонування, що, у свою чергу, призводить до розвитку стресових станів у пацієнта та подальшого формування дистресу та порушень адаптації [2, 3].

Однак, незважаючи на зростання адаптаційних порушень у хворих, що перенесли реконструктивно-відновні оперативні втручання на кісті (РВОВК), лікувально-реабілітаційні програми таких пацієнтів у більшості випадків базуються на застосуванні тільки медикаментозних, хірургічних методів [4]. Між тим, без урахування психічного стану пацієнта, особливостей його реагування та адаптації до обмеження життєдіяльності внаслідок травми та РВОВК неможливо надати йому ефективну медичну допомогу, дієвість якої забезпечуватиметься холистичним підходом до трактування діагностованих у пацієнта порушень, і мультидисциплінарним підходом (з залученням лікаря-психолога) під час побудови стратегії його лікування та реабілітації.

Метою цієї роботи було вивчення психічного стану хворих, що перенесли РВОВК, для обґрунтування в по-

дальшому необхідності надання їм медико-психологічної допомоги.

Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди, було обстежено 100 пацієнтів з ознаками наявності розладів адаптації (РА), що проходили відновне реабілітаційне лікування в КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня № 31». Обстежені мали травматичні п'ястно-фалангові пошкодження та тендо-вагінальні порушення апарату кисті. У 80 % хворих була вражена права кінцівка та у 20 % — ліва. Характер та обсяг проведеного раніше хірургічного втручання дозволяв практично повне відновлення морфофункціональних характеристик кисті.

Під час відбору враховували критерії включення (вік 21—60 років, клінічні прояви, нозологічна належність) та принципи верифікації діагнозу у відповідності до стандартів діагностики МКХ-10. Усі хворі отримували базове післяопераційне та реабілітаційне лікування.

Для об'єктивізації стану психічної сфери, окрім клініко-психологічного, використовували психодіагностичний метод з застосуванням шкали депресії У. Цунга для самооцінки депресії (Zung Self-Rating Depression Scale, 1965), шкали депресії М. Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression HDRS, 1960), а також шкали реактивної тривоги та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна. Отримані результати були піддані математичному обробленню. Математико-статистичний метод включав методи математичної статистики з обчисленням середніх величин та похибок. Різниці показників у групах за *t*-критерієм Стьюдента вважали вірогідними при $p \leq 0,05$. Взаємозв'язок між даними визначали за допомогою кореляційного аналізу.

Серед обстежених 48 (48,0 %) осіб було чоловічої та 52 (52,0 %) осіб жіночої статі. З них 40 (40,0 %) хворих мали вищу освіту, середня спеціальна освіта була у 28 (28,0 %) пацієнтів, у решти — 32 (32,0 %) осіб освіта була середньою. Одруженими були 76 (76,0 %) пацієнтів, не одруженими — 16 (16,0 %) хворих, решта пацієнтів були розлучені та овдовіли — по 4 особи (4 %). Більшість пацієнтів були працевлаштовані: 32,0 % — службовці, 28,0 % — робітники, 8,0 % — приватні підприємці; 4,0 % — особи пенсійного віку та 12,0 % хворих тимчасово не працювали.

За вираженістю психопатологічних проявів — у 40 % (40 осіб) психологічна дезадаптація була виявлена на нозологічному рівні у вигляді РА (F 43.2) за МКХ-10. З них 30 % страждали на змішану тривожно-депресивну реакцію (F 43.22), 5 % — на короткочасну депресивну реакцію (F 43.20) та 5 % — з переважанням порушення інших емоцій (F 43.23).

У інших 60 % пацієнтів (60 осіб) відзначалися окремі, мозаїчно представлені ознаки РА, які не досягали нозологічного рівня. Вони були трактовані нами як реакції психологічної дезадаптації (РПД).

За клінічною структурою виявлених дезадаптивних станів (табл. 1) у осіб, які перенесли РВОВК та мали клінічно сформований РА, домінував тривожно-депресивний синдром — 18,0 %; тривожно-фобічний та астено-невротичний синдроми були виявлені у однаковій кількості пацієнтів — по 8,0 % кожний, у 6,0 % — астено-депресивний синдром.

Таблиця 1. Розподіл обстежених пацієнтів за структурою та змістом психопатологічної симптоматики

Рівень вираженості симптоматики	Частота ознаки в ГД (n = 100)	
	абс. величини, осіб	відносні величини, %
Синдромальний		
тривожно-депресивний	40	40,0
тривожно-фобічний	18	18,0
астено-невротичний	8	8,0
астено-субдепресивний	8	8,0
	6	6,0
Варіанти РПД		
тривожний	60	60,0
астенічний	30	30,0
обсесивно-фобічний	19	19,0
соматовегетативний	6	6,0
	5	5,0

РПД спостерігались у 60 хворих: переважав тривожний варіант — 30 (30,0 %) пацієнтів, другим по частоті спостерігався астенічний варіант — 19 (19,0 %) пацієнтів, обсесивно-фобічний — рідше — 6 (6,0 %) пацієнтів та соматовегетативний був виявлений у найменшій кількості — 5 (5,0 %) пацієнтів.

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 оцінок у осіб, які перенесли РВОВК, довів наявність розбіжностей реальних клінічних проявів депресії та оцінки тяжкості свого емоційного стану пацієнтами (табл. 2).

За даними, які були отримані при суб'єктивному оцінюванні, переважна більшість обстежених (96,0 %) не усвідомлювали наявність у себе депресії (середній бал — 8,7 ± 1,46), і лише 4,0 % осіб (середній бал — 14,6 ± 1,23) визначали легкий рівень депресії.

За об'єктивним оцінюванням у більшості хворих (61,0 % осіб), які перенесли РВОВК, відмічався вираз-

ний показник депресії (середній бал — 19,4 ± 2,32), у 26,0 % — спостерігався помірний показник (середній бал — 15,1 ± 0,71), у 8,0 % — легкий рівень (середній бал — 11,3 ± 1,08) та у 5,0 % осіб депресія була відсутня (середній бал — 6,4 ± 1,62).

Таблиця 2. Співвідношення суб'єктивного та об'єктивного рівня депресії обстежених хворих за даними методик У. Цунга та М. Гамільтона

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

Таким чином, за наявності виразних відмінностей між суб'єктивним та об'єктивним оцінюванням показників депресії у пацієнтів, що перенесли РВОВК, реєструвалась дисоціація між самооцінкою та реальною клінічною психопатологічною картиною. Це, в свою чергу, вказувало на те, що пацієнти найчастіше нівелювали наявність депресивних проявів та не надавали їм належного значення, а також на підсвідоме заперечення, як особливості сприйняття пацієнтами свого теперішнього статусу.

Для вивчення тривоги як психопатологічного феномена були використані шкали реактивної тривоги та особистісної тривожності Ч. Д. Спілберґера — Ю. Л. Ханіна. Більшості обстежених пацієнтів були притаманні високі рівні реактивної тривоги та середній рівень особистісної тривожності (табл. 3).

Таблиця 3. Розподіл хворих на рівнем реактивної тривоги та особистісної тривожності за методикою Ч. Д. Спілберґера — Ю. Л. Ханіна

Рівень	Частота ознаки в ГД (n = 100)		
	абс. величини, осіб	відносні величини, %	Середнє значення, бали
Реактивна тривога			
Низький	—	—	—
Середній	28	28,0	39,4 ± 1,27
Високий	72	72,0	47,1 ± 2,11
Дуже високий	—	—	—
Особистісна тривожність			
Низький	16	16,0	18,4 ± 1,07
Середній	68	68,0	37,7 ± 1,84
Високий	16	16,0	47,9 ± 1,67
Дуже високий	—	—	—

Згідно з отриманими даними, серед обстежених переважали пацієнти, які мали 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 %, середній бал — $37,7 \pm 1,84$, 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 осіб була виявлена у 16,0 % пацієнтів (середній бал — $47,9 \pm 1,67$) та з тією ж частотою зустрічались пацієнти з низьким рівнем цього показника (середній бал — $18,4 \pm 1,07$).

Для обстежених, що перенесли РВОВК, були характерні тривожні побоювання з приводу свого стану здоров'я (ускладнення хвороби, виникнення больових відчуттів, естетичного вигляду), побутового, соціального функціонування та ін. Високий рівень тривожності був одним з внутрішніх чинників ризику, який за певних обставин порушував психологічно-адаптаційні механізми і в кінцевому підсумку призводив до виникнення РА.

Аналізуючи результати дослідження, можна узагальнити таке.

Клінічна структура дезадаптації в осіб, що перенесли РВОВК, виражена чотирма варіантами РГД та трьома різновидами РА, в межах діагностичної рубрики МКХ-10 F 43.2. Клінічно окреслені РА притаманні 40,0 % хворих, з яких 30,0 % осіб страждали змішаною тривожно-депресивною реакцією (F 43.22), 5,0 % — короткочасною депресивною реакцією (F 43.20) та 5,0 % — РА з переважанням порушення інших емоцій (F 43.23). Донозологічна симптоматика у 60,0 % осіб, у вигляді РГД, переважно була представлена тривожним варіантом — 30,0 % пацієнтів, астенічним варіантом — 19,0 % пацієнтів, об-

сесивно-фобічним — 6,0 % пацієнтів та соматовегетативним — 5,0 % пацієнтів.

Особі з РА, що перенесли РВОВК, не усвідомлюють наявність в них ознак депресивних та/або тривожних психопатологічних проявів, хоча у переважній більшості з них виявлені помірні або виражені прояви депресивного стану й високий рівень реактивної тривоги.

Отримані результати наочно свідчать про необхідність включення медико-психологічної ланки в систему надання хворим з травматичними ураженнями верхніх кінцівок спеціалізованої медичної допомоги.

Список літератури

1. Бутко К. М. Розлади адаптації та їх психотерапевтична корекція у осіб, які перенесли реконструктивно-відновлювальні операції на кисті / К. М. Бутко // Український вісник психоневрології. — 2014. — Т. 22, вип. 2 (79). — С. 159—162.
2. Блінов О. А. Методика прогнозування психогенних втрат: методичний посібник / О. А. Блінов. — К.: ВП НАОУ, 2003. — 36 с.
3. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах: метод. посіб. / за ред. Пінчук І. Я., Бабова К. Д., Гоженка А. І. — К.: ТОВ «Видавничий дім «Калита». — 2014. — 92 с.
4. Бутко К. М. Проблема медичної і психологічної реабілітації осіб з травматичним ураженням верхніх кінцівок / К. М. Бутко // Медична психологія. — 2016. — № 2. — С. 6—9.

Надійшла до редакції 06.07.2016 р.

БУТКО Казар Матевосович, кандидат медичних наук, головний лікар Комунального закладу охорони здоров'я «Харківська міська клінічна лікарня № 31», м. Харків, Україна

BUTKO Kazar, MD, PhD, Head Physician of the Public Health Institution "Kharkiv City Clinical Hospital № 31", Kharkiv, Ukraine