

Котова О.А.<sup>1</sup>, Байкова И.А.<sup>2</sup>, Теслова О.А.<sup>3</sup>, Павлова М.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ, Гомель, Беларусь;

<sup>2</sup> Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь;

<sup>3</sup> Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

## Копинг-механизмы пациентов, перенесших спинномозговую травму, в процессе преодоления болезни

УДК [616.89-008:616.832-001]-071

Поступила в редакцию 26.11.2012 г.

Контакты: i\_baikova@mail.ru

### Резюме

Представлены особенности копинг-поведения пациентов со спинальной травмой, в процессе преодоления болезни. Проанализированы когнитивный, эмоциональный и поведенческий компонент механизмов совладания со стрессом у данной категории пациентов, что является основой для разработки психотерапевтических мероприятий, направленных на повышение эффективности реабилитационного процесса, улучшение социальной адаптации и качества жизни.

**Ключевые слова:** спинномозговая травма, адаптация, реабилитация, копинг-стратегии.

Позвоночно-спинномозговая травма – механическое повреждение позвоночника и/или содержимого позвоночного канала (спинного мозга, его оболочек и сосудов, спинно-мозговых нервов) [1]. По данным Всемирной организации здравоохранения, число больных с поражением спинного мозга составляет около 30 человек на 100 000 населения. Более чем в 80% случаев эти травмы наблюдаются у лиц трудоспособного возраста [2], более половины пострадавших – лица моложе 40 лет [1].

Спинно-мозговая травма (СМТ) является, очевидно, сложным и угрожающим событием для человека [3]. Кроме комплекса стойких двигательных нарушений [1, 2, 4], около 65–85% людей с повреждением спинного мозга испытывают постоянные нейропатические и/или спастические боли, которые мешают повседневной жизни, напрямую отражаются на психоэмоциональном состоянии пациентов, что является сильным препятствием для эффективной реабилитации [5].

Кроме медицинских и социальных осложнений, нанесенных травмой, серьезные личностные изменения влечет за собой травматический кризис, разрушающий физическое существование индивида и нанося-

ший неизгладимую психологическую травму [6]. Человек, переживший серьезное заболевание, может прийти к выводу, что он не хозяин своей судьбы, часть людей теряет некоторые из своих прежних способностей, даже самых простейших. Помехи или опасности в реализации базовых потребностей (неприятие, изоляция, утрата силы, утрата престижа) представляют непосредственную угрозу для самоактуализации [7]. Именно в результате действия травматического стресса возникают острые стрессовые расстройства, которые способны изменить всю жизнь человека [6, 9], а серьезная болезнь может привести к психопатологии [7]. Далеко не каждый человек способен самостоятельно справиться с возникшим кризисом, и в этом случае необходима помощь специалиста [6].

Рядом исследователей [5, 8] отмечается влияние психологических факторов на результаты реабилитации. Эксперты ВОЗ подчеркивают важность психологической реабилитации для реабилитации стационарной [9]. Психологическая поддержка и обучение, как правило, принимаются в качестве важнейших аспектов реабилитации лиц с повреждением спинного мозга. Они способствуют развитию новых психологических навыков и знаний у лиц с хроническими заболеваниями и инвалидностью для получения максимального здоровья, благополучия, независимости и выбора функциональных возможностей на протяжении всей своей жизни [9]. Психотерапевтическое вмешательство приводит к улучшению настроения, более активной жизнедеятельности и удовлетворенности жизнью [5]. Кроме того, в доступной литературе [3, 4, 5, 9] постоянно подчеркивается необходимость дополнительных и долгосрочных исследований данной проблемы.

При стрессовых событиях люди используют определенные стратегии, которые могут повлиять на их дальнейшую жизнь [3]. В таких условиях психологическая адаптация человека происходит главным образом посредством двух механизмов: психологической защиты и копинг-механизмов. Понятие «coping» происходит от английского «to cope» (преодолевать). В российской психологической литературе его переводят как адаптивное «совладающее поведение» или «психологическое преодоление» [10]. По словам Lazarus R. и Folkman S. [8], если человек воспринимает стрессовую ситуацию как угрожающую и неуправляемую и недооценивает степень собственных навыков и ресурсов, чтобы справиться с ситуацией, увеличивается вероятность того, что он будет использовать избегающие и пассивные стратегии. Это приводит к использованию минимальных усилий в процессе реабилитации и отражает повышенную социальную зависимость от других людей [8]. Рядом авторов [2, 3, 4, 5, 12] подчеркивается важность когнитивной оценки процесса, посредством которой человек оценивает те стрессовые факторы, которые угрожают его благополучию. Например, неадекватные оценки/убеждения более тесно связаны с отрицательными результатами, чем адаптивные стратегии – с положительными. Использование адаптивных стратегий позволит уменьшить беспокойство и депрессию, поведение принятия, «боевой дух», поиск социальной поддержки – все это дает более положительные результаты, чем зависимость или беспомощность [3]. А такие факторы, как, например, положительные ожидания, самоэффективность – более конструктивны в прогнозировании скорости возврата к функциональной деятельности [8].

#### Цель работы

Изучить особенности копинг-стратегий пациентов, перенесших спинальную травму в процессе преодоления болезни.

При рассмотрении когнитивной, эмоциональной и поведенческой составляющих копинг-механизмов установлено, что чаще встречаются адаптивные формы ответа. Причем при анализе эмоционального компонента установлено, что подавляющее большинство пациентов (80%) используют адаптивные, чем относительно неадаптивные стратегии совладания ( $\chi^2 = 72.0, p < 0,00001$ ).

Обзоры литературы по изучению копинг-стратегий [2, 3, 4, 8] отражают значимость изучения стратегий (механизмов) выживания и поиска различных социальных опор, так как они приводят к большей удовлетворенности жизнью, успешному приспособлению. Кроме того, использование пациентом более адаптивных способов реагирования объясняет различия в функциональных результатах в процессе адаптации к травме. Исследования показывают, что эффект реабилитации в значительной степени зависит от вклада пациента в работу [2], а ранняя оценка пациентом необходимости предоставления ему соответствующей психологической поддержки может улучшить долгосрочное качество жизни и независимость людей с СМТ [8].

#### ■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании принимали участие 100 человек. Основную группу (группа 1) составили 50 пациентов, проходивших курс лечения в отделении реабилитации травматологических больных УЗ «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ» с ноября 2011 г. по октябрь 2012 г. Критерием включения в группу явилась перенесенная спинальная травма с длительностью заболевания не менее года и не более 15 лет вне зависимости от степени неврологических нарушений.

Группу сравнения (группа 2) составили 50 относительно здоровых человек. Критериями исключения в группу явились: наличие тяжелой некомпенсированной соматической патологии, органические поражения головного мозга, наличие других психических и поведенческих расстройств.

В исследовании использован клиничко-anamнестический метод. Изучение копинг-стратегий проводилось по методике E. Heim [10, 11]. Она позволяет исследовать 26 ситуационно-специфических вариантов копинга, которые распределены в соответствии с тремя основными сферами психической деятельности: когнитивный, эмоциональный и поведенческий копинг-механизмы. Методика адаптирована в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. Бехтерева под руководством Л.И. Вассермана [10].

Исследование проводилось однократно. Полученные сведения были подвергнуты статистическому анализу. Обработка данных производилась при помощи пакета прикладных программ «Statistika 6.1» (StatSoft, Tulsa, USA). Сравнение качественных признаков проводилось по критериям  $\chi^2$  и Фишера.

#### ■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Группа пациентов со спинальной травмой состояла из 40 (80%) мужчин и 10 (20%) женщин, средний возраст составил 29,6 года. Большинство пациентов составили лица со средним специальным либо незаконченным высшим образованием  $n = 44$  (88%), не состоящие в браке  $n = 40$  (80%). У 8% пациентов ( $n = 4$ ) произошел развод после получения травмы, и только 4% вступили в брак ( $n = 2$ ) при наличии заболевания. Группы были сравнимы по полу, возрасту, семейному положению, уровню образования. Демографические характеристики пациентов отображены в таблице 1.

Клиничко-anamнестические характеристики пациентов представлены в таблице 2

Исследуемые копинг-стратегии суммированы в таблице 3.

Рисунок 1 отражает механизмы когнитивного реагирования.

При анализе механизмов когнитивного реагирования установлено, что среди адаптивных ответов у пациентов со спинальной травмой преобладал ответ «сохранение самообладания», его давали в 1,3 раза больше респондентов группы 1 по сравнению с группой 2. «Проблемный анализ» значимо чаще наблюдался у пациентов группы 2 – такой механизм отметили в 2,6 раза больше опрошенных ( $p = 0,086$ ). Ответом «установка ценности» в 1,6 раза чаще пользовались пациенты из группы 1.

Среди относительно адаптивных когнитивных ответов различия между группами получены лишь по ответу «религиозность» – такой ответ давали в 1,7 раза больше пациентов, перенесших СМТ. Остальные варианты ответов встречались в обеих группах практически с равной частотой.

**Таблица 1**  
**Демографические характеристики пациентов со спинальной травмой**

Признаки	Группа 1	Группа 2
Возраст (кол-во лет)	29,6	31,3
Пол		
мужчины, n ( $p \pm sp, \%$ )	40 ( $80 \pm 5,65$ )	40 ( $80 \pm 5,65$ )
женщины, n (%)	10 ( $20 \pm 5,65$ )	10 ( $20 \pm 5,65$ )
Семейное положение		
холост/не замужем, n (%)	40 ( $80 \pm 5,65$ )	21 ( $42 \pm 6,97$ )
женат/замужем, n (%)	4 ( $8 \pm 3,83$ )	29 ( $58 \pm 6,97$ )
развод после травмы, n (%)	4 ( $8 \pm 3,83$ )	-
брак после травмы, n (%)	2 ( $4 \pm 2,77$ )	-

**Таблица 2**  
**Клинико-anamnestические характеристики пациентов со спинальной травмой**

Признаки	n	$P \pm s, \%$
Стаж травмы		
до 5 лет	21	$42 \pm 6,9$
более 5 лет	29	$58 \pm 6,9$
Этиология		
падение с высоты	19	$38 \pm 6,8$
ныряние на глубину	14	$28 \pm 6,3$
ДТП	13	$26 \pm 6,2$
другое	4	$8 \pm 3,8$
в том числе травма получена в состоянии алкогольного опьянения		
да	14	$28 \pm 6,34$
нет	36	$72 \pm 6,34$
Неврологические последствия травмы		
нет нарушений	2	$4 \pm 2,7$
парез стоп	5	$10 \pm 4,2$
нижний парапарез	25	$50 \pm 7,07$
тетрапарез	17	$34 \pm 6,69$

Таблица 3

Копинг-стратегии пациентов со спинальной травмой

Варианты ответа	Группа 1 (N = 50)		Группа 2 (N = 50)		Статистика	
	n	P ± s <sub>p</sub> %	n	P ± s <sub>p</sub> %		
Когнитивный копинг	A	21	42 ± 6,9	27	54 ± 7,0	$\chi^2 = 1,44$ p = 0,23
	O	16	32 ± 6,5	7	14 ± 4,9	$\chi^2 = 4,57$ p = 0,033
	H	13	26 ± 6,2	16	32 ± 6,6	$\chi^2 = 0,44$ p = 0,51
Эмоциональный копинг	A	38	76 ± 6,03	41	82 ± 5,4	$\chi^2 = 0,54$ p = 0,46
	O	3	6 ± 3,35	3	6 ± 3,35	p = 1,0
	H	9	18 ± 5,43	6	12 ± 4,59	$\chi^2 = 0,71$ p = 0,40
Поведенческий копинг	A	20	40 ± 6,92	25	50 ± 7,1	$\chi^2 = 1,01$ p = 0,31
	O	14	28 ± 6,34	15	30 ± 6,5	p = 1,0
	H	16	32 ± 6,59	10	20 ± 5,65	$\chi^2 = 1,87$ p = 0,17

Примечания: А – адаптивный, О – относительно адаптивный, Н – неадаптивный типы реагирования.

«Диссимуляцию» как вариант неадаптивного когнитивного реагирования демонстрировали в 3,5 раза больше относительно здоровых пациентов (p = 0,0067), в то время как «игнорирование» в качестве стратегии выбрали в 2 раза больше пациентов с СМТ. Пациенты группы 1 отмечали «растерянность» и «смирение» в своих ответах, чего не делали пациенты группы 2.

Рисунок 2 демонстрирует варианты эмоциональных копинг-стратегий.

Адаптивные эмоциональные копинг-механизмы были преобладающими в обеих группах, причем практически все пациенты в качестве стратегии выбрали «оптимизм».

Структура ответов, характеризующих относительно адаптивный эмоциональный копинг, была противоположной. В качестве основного

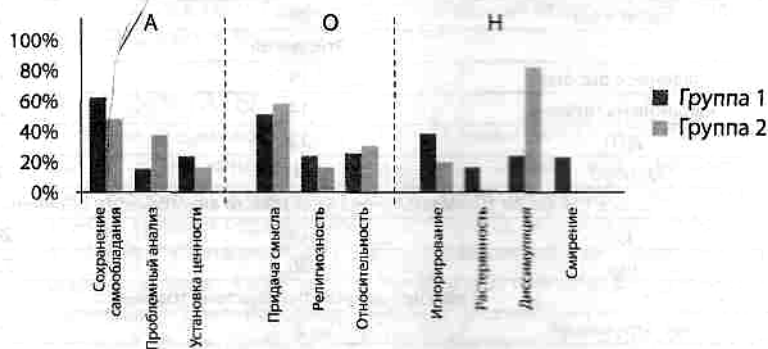
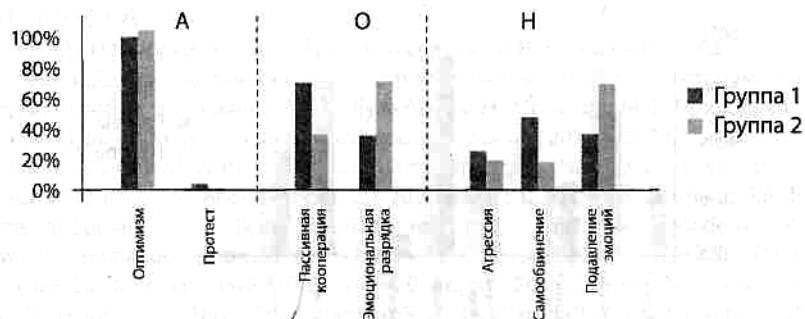


Рисунок 1  
Механизмы адаптивного (А), относительно адаптивного (О) и неадаптивного (Н) когнитивного реагирования



**Рисунок 2**  
Механизмы адаптивного (А), относительно адаптивного (О) и неадаптивного (Н) эмоционального реагирования

ответа пациенты со спинальной травмой выбирали «пассивную кооперацию», а относительно здоровые лица – «эмоциональную разрядку».

Неадаптивные эмоциональные копинг-стратегии характеризовались преобладанием в группе 2 ответа «подавление эмоций» – в 2 раза чаще, чем в группе 1. Пациенты с СМТ относительно чаще (в 2,7 раза) указывали на «самообвинение». Частота агрессивной стратегии не различалась при сравнении групп.

На рисунке 3 графически отображены варианты ответов поведенческих копинг-механизмов.

При анализе ответов рубрики адаптивного поведенческого реагирования отмечено, что «альтруизм» наблюдался в 3,1 раза чаще у пациентов со спинальной травмой, также для них было менее характерным «сотрудничество» – в 1,4 раза реже.

Поведенческие относительно адаптивные копинг-стратегии не различались по структуре при сравнении обеих групп.

Пациенты обеих групп при выборе неадаптивных поведенческих моделей отдавали предпочтение «активному избеганию», но пациенты со спинальной травмой делали это в 1,3 раза реже по сравнению с относительно здоровыми людьми.

## ■ ВЫВОДЫ

Пациенты, перенесшие спинальную травму, чаще использовали адаптивные копинг-механизмы. Несмотря на то, что результаты исследований не отражают конкретных способов совладания со стрессом, наиболее часто встречаемый адаптивный способ (оптимизм) в обеих группах встречался в эмоциональном аспекте ( $p \leq 0,00001$ ). В когнитивной и поведенческой стратегиях основными механизмами пациентов с СМТ являлись, соответственно, сохранение самообладания и сотрудничество.

Относительно адаптивные когнитивные и поведенческие копинг-стратегии в двух группах значимо не различались. В качестве эмоцио-

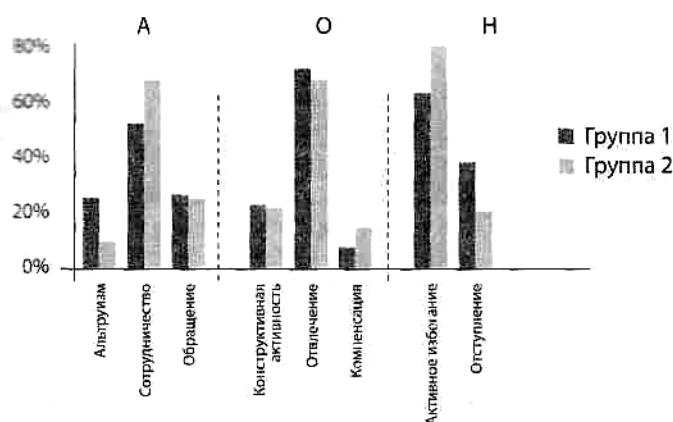


Рисунок 3

Механизмы адаптивного (А), относительно адаптивного (О) и неадаптивного (Н) поведенческого реагирования

нального ответа пациенты со спинальной травмой выбрали пассивную кооперацию, а относительно здоровые лица – эмоциональную разрядку.

Стратегии неадаптивного реагирования (диссимуляция, подавление эмоций) чаще демонстрировали пациенты группы сравнения, для пациентов с СМТ более характерно игнорирование и самообвинение.

## Resume

Kotova O.A., Bajkova I.A., Teslova O.A., Pavlova M.V.

Gomel regional clinical hospital for the disabled and war veterans, Gomel, Belarus;

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus;

Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

## Coping mechanisms of patients after spinal cord injury in overcoming illness

This article describes the particular coping-strategies of the patients with spinal cord injury in the process of recovering. Cognitive, emotional and behavioral components of stress-control mechanisms in this category of patients were described, and this creates the basis for development of psychotherapeutic interventions, leading to increase of the effectiveness of the rehabilitation process, the improvement of social adaptation and quality of life.

**Key words:** cord injury, adaptation, rehabilitation, coping strategies.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Белова, А.Н. Нейрореабилитация: рук. для врачей / А.Н. Белова – М., 2003. – 568 с.
2. Булюбаш, И.Д. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы: пособие для врачей / И.Д. Булюбаш, И.Н. Морозов, М.С. Приходько ; под ред. И.Д. Булюбаш. – Самара : Издательский дом «Бахрах-М», 2011. – 272 с.
3. Anderson, C.J., Coping With Spinal Cord Injury: Strategies Used by adults who Sustained Their Injuries as Children or Adolescents / C.J. Anderson, L.C. Vogel, K.M. Chlan, R.R. Betz // The Journal of Spinal Cord Medicine [Electronic resource]. – 2008. – № 3. Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=N.Paker%2C%20D.Bugdayci%2C%20D. Dere%2C%20Y. Altuncu.%20Comparison%20of%20the%20coping%20strategies%2C%20anxiety%2C%20and%20depression%20in%20a%20group%20of%20spinal%20cord%20injured%20patients%20and%20their%20family%20caregivers%20in%20a%20rehabilitation%20center.> – Data of access: 25.07.2012.
4. Paker, N. Comparison of the coping strategies, anxiety, and depression in a group of spinal cord injured patients and their family caregivers in a rehabilitation center. / N. Paker, D. Bugdayci, D. Dere, Y. Altuncu // Eur J Psych Rehabil Med [Electronic resource]. – 2011. – № 4. Mode of access: [http://www.minervamedica.it/en/getfreepdf/uxmi%252BZBpyzb\\_0R9YJ%252BjeQVlhXyTL%252FVCIWgzZoR%252FA09AyW5ADKPIR%252BIOG%252FNzIZUb5Qmp8U%252F%252BxKng5s8OlfcoWlPg%253D%253D/R33Y2011N04A0595.pdf](http://www.minervamedica.it/en/getfreepdf/uxmi%252BZBpyzb_0R9YJ%252BjeQVlhXyTL%252FVCIWgzZoR%252FA09AyW5ADKPIR%252BIOG%252FNzIZUb5Qmp8U%252F%252BxKng5s8OlfcoWlPg%253D%253D/R33Y2011N04A0595.pdf). – Data of access: 25.07.2012.
5. Heutink, M. A multidisciplinary cognitive behavioural programme for coping with chronic neuropathic pain following spinal cord injury: the protocol of the CONECSE trial. / M. Heutink, M.W.M. Post, P. Luthart, L.E.M.A. Pfenning, C.A. Dijkstra, E. Lindeman. // BMC Neurology [Electronic resource]. – 2010, 10:96. – Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2984384/>. – Data of access: 30.07.2012.
6. Технологии психологической помощи в кризисных и чрезвычайных ситуациях: учебно-метод. комплекс / И.А. Горьковская [и др.] ; под ред. И.А. Горьковская. – СПб. : Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2008. – 249 с.
7. Маслоу, А. Мотивация и личность / А. Маслоу. – 3-е изд. пер. с англ. – СПб. : Питер, 2008. – 352 с.
8. Kennedy, P., Lude, P., Elfstrom, M.L., Smithson, E.F. Psychological contributions to functional independence: a longitudinal investigation of spinal cord injury rehabilitation. // Arch Phys Med Rehabil [Electronic resource]. 2011. Vol. 92, № 4, pp. 597–602. Mode of access: [http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(10\)00955-X/abstract](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(10)00955-X/abstract). – Data of access: 2012
9. Toby Huston, Julie Gassaway, Catherine Wilson, Samuel Gordon, Jill Koval, Andrea Schwebel. Psychology treatment time during inpatient spinal cord injury rehabilitation. / Toby Huston // The Journal of Spinal Cord Medicine [Electronic resource]. – 2011. Vol. 34. – № 2. Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3066506/pdf/scm-34-196>. – Data of access: 25.07.2012.
10. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция): учеб. пособие / Казан. гос. мед. акад. ; авт.-сост. Р.Р. Набиуллина, И.В. Тухтарова. – Казань, 2003г. – 98с.
11. Heim E. Coping und Adaptivitat: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping, Psychother., Psychosom., med. Psychol. – 1988. -№ 1. – p. 8 – 17.
12. Katherine, A., Raichle, Ph.D., Marisol Hanley, Ph.D., Mark P. Jensen, Ph.D, and Diana D. Cardenas, M.D., M.H.A. Cognitions, Coping and Social Environment Predict Adjustment to Pain in Spinal Cord Injury. / A. Katherine // [Electronic resource]. – 2007. – № 9. Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2045649/pdf/nihms-30675>. – Data of access: 25.07.2012.