

УДК [618.89:616, 523]-071

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ СПИННОМОЗГОВУЮ ТРАВМУ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Котова О.А.¹, Булюбаш И.Д.², Байкова И.А.³

¹-УЗ Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ, Гомель, Беларусь

²-ФГБУ "Нижегородский научно-исследовательский Институт травматологии и ортопедии Министерства здравоохранения Российской Федерации",
Нижний Новгород, Российская Федерация

³-ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Беларусь

Комплекс последствий спинномозговой травмы отражается на психоэмоциональной сфере пациентов. Медико-социальные последствия травмы и как следствие снижение качества жизни вызывают комплекс психоэмоциональных переживаний, включая депрессию, тревогу, гнев. Проведенные исследования выявили повышенный риск алкогольной зависимости и суицидов у данной категории лиц. Вышеуказанные факторы играют важную роль в процессе адаптации к травме, что требует применения психотерапевтической помощи для повышения эффективности восстановления после перенесенной травмы.

Ключевые слова: спинномозговая травма, психоэмоциональное состояние, реабилитация.

В связи с активным развитием реабилитации в Республике Беларусь все более актуальной становится проблема не только медицинской, но и психологической реабилитации пациентов. Это связано с тем, что большинство пациентов, перенесших спинномозговую травму (СМТ), составляют лица трудоспособного возраста, 70-80% пострадавших моложе 40 лет [11, 22, 13, 6].

Спинномозговая травма - механическое повреждение позвоночника и/или содержимого позвоночного канала (спинного мозга, его оболочек и сосудов, спинномозговых нервов)[4]. Статистические данные о частоте травм позвоночника неоднородны из-за отсутствия полноценных эпидемиологических исследований. Кроме того, многие из исследований не являются популяционными, а опираются на статистические данные специализированных реабилитационных центров и не могут быть использованы для оценки травматизма [3].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), число пациентов с поражением спинного мозга составляет около 30 чел. на 100 тыс. населения [4]. Так, например, в Норвегии частота встречаемости СМТ может быть оценена в 12 случаев на 100 000 населения [23]. В Финляндии возникает около 60-70 новых случаев повреждения спинного мозга каждый год [0]. В США заболеваемость СМТ выше, чем в других странах и составляет около 11000 новых повреждений в год [23]. В России число серьезных эпидемиологических исследований также невелико [3]. По данным А.А. Цветкова (2006), число травм позвоночника составляет 3,2-5,3 случаев на 100 тысяч населения [11].

В общей структуре травматизма спинномозговая травма занимает от 4% [11] до 15% всех видов травм [22]. Кроме того, отмечается отчетливая тенденция к росту числа повреждений позвоночника и спинного мозга [11].

В качестве основной причины спинномозговой травмы большинство исследователей [3, 22, 0, 23] приводят дорожно-транспортные происшествия. Второе место занимают падения с высоты [22, 0, 23], затем - случаи насилия (в основном огнестрельные ранения) и травмы, полученные во время спортивных тренировок [22].

Спинномозговая травма относится к категории тяжелых травм [4, 6, 13, 11], до 60% случаев сопровождаются повреждением спинного мозга [23]. Менее 1% пациен-

тов со СМТ при выписке из стационара составляют лица, полностью восстановившиеся неврологически [13].

Медико-психологические последствия травмы

Истинная картина расстройств при спинномозговой травме формируется после исчезновения угрозы для жизни пациента. Как правило, последствия травмы приводят к тяжелой инвалидности и характеризуются рядом стойких **медицинских осложнений**. Степень функциональных нарушений в значительной степени зависит от уровня и полноты поражения спинного мозга. К двигательным дисфункциям часто присоединяются нейропатические и/или спастические боли, трофические нарушения (пролежни), деформации опорно-двигательного аппарата и формирование контрактур. Пациент со спинной травмой напрямую сталкивается с утратой произвольного контроля над собственным телом – движениями, работой сфинктеров [6, 13].

Хроническая боль является серьезной проблемой для многих лиц, перенесших спинномозговую травму [16]. Распространенность боли при спинномозговой травме составляет 81 (и более) процентов случаев в течение первого года после травмы, а в более поздние сроки, по разным данным, от 11% до 94% случаев [10]. Пациенты с последствиями СМТ описывают боли как тяжелые, мучительные и длительные [19]. Такого рода болевые синдромы сложны в управлении, что является серьезным препятствием для эффективной реабилитации и, в свою очередь, отражается на эмоциональном состоянии пациентов.

Кроме медицинских аспектов, последствия травмы отражаются и на **социальном функционировании и качестве жизни** пациентов. Пациенты часто сталкиваются с экономическими трудностями, о чем свидетельствует их высокий уровень безработицы. В первые три года после травмы отмечается более высокая частота разводов, чем в общей популяции [6]. Происходит резкое сужение круга общения, потеря профессиональных навыков, утрата семейной и сексуальной ролей, полная или частичная зависимость от окружающих в повседневной жизни. Эти изменения являются стойкими и влекут за собой мощный психологический шок [7], в результате которого может появиться целый **комплекс психоэмоциональных переживаний**.

Депрессия, тревога, страх, растерянность, гнев являются следствием потери физических возможностей, обезличенности, а также следствием непосредственного столкновения с зависимостью от других людей, ощущение утраты собственного достоинства [6]. До 50% пациентов после СМТ начинают злоупотреблять алкоголем [4]. Случаи самоубийств среди данной когорты пациентов происходят в среднем в 3-5 раз чаще, чем среди прочего населения [22].

В литературных источниках [4, 6, 22, 0] подчеркивается необходимость внимания к психоэмоциональному состоянию пациентов с последствиями травмы позвоночника как к фактору, влияющему на процесс восстановления и приспособления к травме. Психическое напряжение, возникающее у данного контингента пациентов, служит источником дезадаптации. Решение вопросов психологической помощи важно еще и потому, что продолжительность жизни пациентов, перенесших СМТ, в настоящее время приближается к показателям в общей популяции, а также отмечается стабильность качества жизни и самооценки здоровья в течение 20-30 лет после травмы [17].

Личностные особенности и зависимое поведение, как факторы риска спинномозговой травмы и факторы, влияющие на реабилитационный процесс

В литературе, посвященной лицам, перенесшим СМТ, встречаются лишь единичные исследования, касающиеся личностных особенностей данной категории пациентов. В частности J.S. Krause (2004) считает, что СМТ не является случайным событием, поскольку лица, впоследствии получившие СМТ, нацелены на поиск острых ощущений и склонны к агрессивному импульсивному и рискованному поведению. Кроме того, данные о поведении лиц, перенесших СМТ, свидетельствуют о том, что люди, неосторожное поведение которых привело к травме, аналогично ведут себя и после, что, в свою очередь, может ошибочно интерпретироваться реабилитационным персоналом как реакция на СМТ, а не как черты личности пациента [6].

Лица, перенесшие спинномозговую травму, больше склонны к алкогольной зависимости, чем население в целом [16]. Около трети пострадавших в прошлом имели проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголем [18].

Ряд авторов [18, 21, 2] рассматривают употребление алкоголя у данной категории пациентов в качестве одной из причин рискованного поведения. По данным А. Garrison (2004), 50% жертв СМТ находились под влиянием алкоголя [2]. В реабилитационном периоде злоупотребление алкоголем также является проблемой у лиц, пострадавших от травмы спинного мозга [21]. Около половины пациентов, которые употребляли алкоголь до травмы, сообщили об использовании его и через 12 месяцев. Злоупотребление алкоголем после травмы позвоночника предположительно связано с такими факторами, как боль, снижение удовлетворенности жизнью, неудовлетворительным результатом реабилитации и медленным прогрессом в ходе восстановительного лечения [21].

Факторами риска зависимого поведения считаются молодой возраст, одиночество, низкий уровень образования, а также такие личностные особенности, как агрессивность и враждебность.

Несмотря на то, что злоупотребление алкоголем представляется важным фактором, влияющим на эффективность реабилитации пациентов со спинномозговой травмой, диагностика и лечение алкоголизма включена в

программу восстановительного лечения лишь в немногих реабилитационных центрах [21].

Суицидальное поведение при спинномозговой травме

Среди причин смерти после СМТ называют факторы, связанные с психоэмоциональным состоянием (суицидальное поведение). Распространенность самоубийств среди пациентов с последствиями травмы позвоночника в два-шесть раз выше, чем в общей популяции, на них приходится около 6-9% причин смерти после травмы [6]. Суицидальный риск значительно повышен для лиц моложе 25 лет по сравнению со сверстниками среди населения [6, 12]. В структуре смертности среди пациентов с травмой позвоночника самоубийство занимает третье место и чаще встречается в течение 1-5 лет после травмы [6, 12], особенно на первом году жизни после СМТ. Сравнение по полу не является статистически значимым из-за относительно небольшого числа женщин, включенных в разные исследования [12].

Наибольший риск по суициду обнаружен у лиц с неполным повреждением спинного мозга и относительно хорошим физическим состоянием, что противоречит распространенному убеждению о связи тяжести последствий спинальной травмы и тяжести психологических нарушений [0, 12].

Факторы риска суицида при СМТ несколько отличаются от таковых у лиц без травмы: плохая адаптация к травме, злоупотребление алкоголем, незаконченное образование (большинство студенты), безработица и финансовый стресс как следствие – социальная изоляция и потеря самоуважения.

Кроме того, в литературе нет информации о незавершенных суицидах (неудавшиеся попытки самоубийства), пассивных суицидах и парасуицидах среди пациентов с СМТ. Этот вопрос требует дальнейшего изучения [12]. Как пассивный суицид рассматривается отказ пациента от лечения и заботы о себе. Некоторые исследователи считают, что частота пассивных суицидов выше, чем суицидов активных [6].

Актуальность проблемы суицидального риска для данной категории пациентов является актуальной и для Республики Беларусь. РБ входит в первые пять стран мира с самой высокой распространенностью суицидов [14, 20].

Тревожно-депрессивные расстройства при СМТ

Психоэмоциональные расстройства после перенесенной СМТ имеют свои особенности. Наиболее часто встречаются: депрессия, тревога и ощущение безнадежности [7, 13, 5, 17]. Депрессия возникает как реакция на собственную беспомощность и практически постоянную зависимость от окружающих. Особенности ее при спинальной травме являются: чувство вины перед близкими, стыд появляться на людях, ощущение бессилия перед лицом болезни, снижение веры в выздоровление и сомнения в необходимости жить дальше [6].

Клинические проявления депрессии имеют различную степень тяжести: от незначительных реакций и расстройств адаптации до больших депрессивных эпизодов. Стойкость депрессии связана с ежедневными разочарованиями, трудностями передвижения, экономическими и профессиональными ограничениями, нагрузкой на семейные роли и межличностные отношения.

Депрессия как типичная реакция пациентов со спинальной травмой до сих пор остается актуальной темой обсуждения [7]. Раньше считалось, что она является универсальной реакцией на травму [5], а в настоящее время некоторыми клиницистами депрессия рассматривается как стадия нормального процесса адаптации к травме.

Обзорные исследования показывают, что психологический ответ на травму является индивидуальным. Кроме того, разными авторами описывается различная частота встречаемости и глубина депрессии, в некоторых исследованиях установлено полное отсутствие депрессии у пациентов, перенесших СМТ [7, 5]. Эта несогласованность результатов исследований может быть объяснена тем, что на адаптацию к травме влияет не только эмоциональное состояние пациентов, а комплекс таких факторов, как индивидуальные способы совладания со стрессом, медицинские последствия травмы, поддержка семьи, социально-экономический статус [3].

Разнородность данных о распространенности депрессии у пациентов с СМТ может быть связана с недостаточной подготовленностью специалистов, трудностями дифференциальной диагностики симптомов депрессии от симптомов общего заболевания либо с некорректно сформированными группами исследования. Нередко наблюдается и гипердиагностика депрессии. На это может влиять эмоциональное отношение к пациентам у медицинских работников, которые расценивают пациентов более депрессивными, чем они есть на самом деле [6].

Особенности мотивации и копинг-стратегий в процессе реабилитации пациентов с последствиями СМТ в процессе реабилитации

Внезапное начало инвалидности при спинальной травме – это огромный психологический стресс. Для некоторых пациентов спинальная травма является стимулом для личностного роста, а для других – свидетельством того, что мир фундаментально несправедлив. Известно, что получаемый в процессе реабилитации результат во многом зависит от общей активности пациента, его мотивации в отношении восстановительного лечения и психологической адаптации. Понимание того, какие факторы позитивно или негативно влияют на реабилитационный процесс, является ключом к эффективному восстановительному лечению [9].

При стрессовых событиях люди используют стратегии, которые могут повлиять на их дальнейшую жизнь. Обзоры литературы по способам совладания со стрессом (копинг-стратегиям) показывают, что копинг-стиль может влиять на степень психологической адаптации к травме. Определенные стили совладания могут привести к успешному приспособлению, в то время как другие к депрессии и тревоге. Установлено, что избегание и смирение с ограничениями являются неблагоприятными для успешного приспособления пациентов, в то время как конфронтация, наоборот, благоприятна [6]. Проблемно-фокусированный тип копинга (прямое взаимодействие

с проблемой) является более эффективным, чем просто эмоциональное отреагирование. Наименее эффективными поведенческими стратегиями являются: поведенческая дезорганизация, избегание проблем, связь с химической зависимостью.

Среди адаптивных когнитивных стратегий можно выделить способность поддерживать надежду на лучший исход, принятие изменений и физических ограничений, переосмысление травматического опыта, религиозные убеждения, позитивную позицию и способность к постановке целей [6].

Заключение

Несмотря на прогресс современной медицинской науки, функциональные результаты лечения последствий травмы позвоночника остаются неудовлетворительными.

Лечение СМТ и последующая реабилитация пациентов требует от государства колоссальных финансовых затрат. В развитых странах (США, Великобритания и др.) созданы специализированные центры, оказывающие помощь пациентам, начиная с момента травмы и заканчивая реабилитацией пострадавших. Однако организация длительной и многоэтапной реабилитации остаётся нерешённой проблемой как в Российской Федерации, так и Республике Беларусь.

Важно отметить, что литературные данные по вопросу о психологической помощи данной категории пациентов относительно немногочисленны и представлены чаще всего отдельными статьями, посвященными ограниченному кругу проблем. Несмотря на то что спинально-мозговая травма существенно нарушает не только физическое, но и психоэмоциональное функционирование пациента, эффект восстановительного лечения оценивается нередко лишь по физическим и функциональным результатам, в то время как он зависит в значительной степени от степени психологической адаптации пациента.

Психологическая поддержка и обучение являются важным аспектом реабилитации лиц с повреждением спинного мозга, способствуя развитию новых психологических навыков и знаний, приводящих к более активной жизнедеятельности, удовлетворенности жизнью, независимости и выбору функциональных возможностей на протяжении всей своей жизни.

Отсутствие подобных исследований в Республике Беларусь, а также существующие проблемы психотерапевтической помощи лицам, перенесшим СМТ, на всех этапах оказания помощи, свидетельствует о необходимости расширения параметров медицинской помощи с целью улучшения физического, психологического и социального благополучия после перенесенной травмы.

Литература

1. Баринов, А.Н. Позвоночно-спинномозговая травма в Архангельской области, клинико-статистический анализ и организация медицинской помощи: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.18 / А.Н. Баринов. - Санкт-Петербург, 2011. - 176 с.
2. Белова, А.Н. Нейрореабилитация: рук. для врачей / А.Н. Белова. - 2-е изд. - Москва: Антидор, 2003. - 734 с.
3. 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.
4. Булюбаш, И.Д. Психический статус пациента с последствиями спинальной травмы: депрессия и реакция горя / И.Д. Булюбаш // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2011. - № 1. - С. 54-57.

Literature

1. Barinov, A.N. Pozvonочно – spinnomozgovaja travma v Arhangel'skoj oblasti, kliniko – statisticheskiy analiz i organizacija medicinskoj pomoschi: dis. ... kand. med. nauk: 14.01.18 / A.N. Barinov. - Sankt-Peterburg, 2011. -176 s.
2. Belova A.N. Nejrореабилитacija: ruk-vo dlja vrachej / A.N. Belova. - 2-e izd. – Moskva: Antidor, 2003. – 734 s.
3. Buljubash I.D. Psihologicheskaja rehabilitacija pacientov s posledstvijami spinal'noj travmy: posobie dlja vrachej / I.D. Buljubash, I.N. Morozov, M.S. Prihod'ko; pod red. I.D. Buljubash. - Samara: Izdatel'skiy dom «Bahrah-M», 2011. - 272 s.
4. Buljubash, I.D. Psihicheskiy status pacienta s posledstvijami spinal'noj travmy: depressija i reakcija gorja / I.D. Buljubash // Mediko-social'naja jekspertiza i rehabilitacija. - 2011. - № 1. - S. 54-57.

5. Булюбаш, И.Д. Спинальная травма и проблемы адаптации пациента: клинические и психологические аспекты / И.Д.Булюбаш // Паллиативная медицина и реабилитация: научно-практический журнал. - 2011. - № 3. С.
6. Булюбаш, И.Д. Эмоциональное состояние и особенности мотивации в восстановительном лечении пациентов с последствиями спинальной травмы / И.Д.Булюбаш, И.Н.Морозов // Паллиативная медицина и реабилитация: научно-практический журнал. - 2012. - № 4., С. 51-56
7. Диагностика психологических расстройств в промежуточном и позднем периодах спинальной травмы / И.Н.Морозов [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2008. - № 2. - С. 43-45.
8. Инструкция по оценке суицидального риска и профилактике суицидального поведения (для врачей общей практики, терапевтов, педиатров, неврологов и других врачей лечебного профиля): утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 11.07.2009. – Минск: БелМАПО, 2009. – 50 с.
9. Паровая, О. И. Эпидемиология суицидального поведения – гендерные различия: обзор литературы и ситуация в Республике Беларусь / О.И.Паровая // Психиатрия. Психотерапия и клиническая психология. – 2011. - №: 2.- С.93-104
10. Современные подходы к медико-психологической реабилитации больных с травматической болезнью спинного мозга / Л.В.Кокоткина [и др.] // Обзор. психiatr. и мед. психол. им. Бехтерева [Электронный ресурс]. - 2008. - : Режим доступа: <http://consilium-medicum.com/article/15522>. - Дата доступа: 10.09.2011.
11. Цветков, А.А. Оптимизация восстановительных мероприятий при позвоночно-спинномозговой травме в позднем периоде: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.51 / А.А.Цветков. - Воронеж, 2006. - 207 с.
12. Ahoniemi, E. Survival after spinal cord injury in Finland / E. Ahoniemi, T.Pohjolainen, H.Kautiainen // J Rehabil Med. [Electronic resource]. – 2011. Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21533327>. – Date of access: 14.01.2013.
13. Alcocol use associated with cervical spinal cord injury / A.Garrison [et al] // J Spinal Cord Med. [Electronic resource]. – 2004. – Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1350951/>. – Data of access: 31.03.13
14. Bombardier, C.H. Depression and spinal cord injury / C.Bombardier // Spinal Cord Injury Updates [Electronic resource]. – 2001. – № 2. – Mode of access: http://sci.washington.edu/info/newsletters/articles/01sum_depression.asp. – Data of access: 21.11.12
15. Cognitions, Coping and Social Environment Predict Adjustment to Pain in Spinal Cord Injury / K.A.Raichle [et al] // J Pain. – 2007. - Vol. 8, №9. - P.718–729.
16. DeVivo, M.J. Suicide following spinal cord injury / M.J. DeVivo [et al] // Paraplegia. – 1991. – V.29, №9. – P. 620-627.
17. Ja Hyeon Ku. Health-related quality of life in patients with spinal cord injury: review of the short form 36-health questionnaire survey / Ja Hyeon Ku // Yonsei Med J Yonsei Med J. – 2007. – Vol. 48, №3. - P. 360–370.
18. Jensen, M. Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in persons with physical disabilities: a systematic review / M.Jensen, M.Moore, J.Engel // Arch Phys Med Rehabil. - 2011. -Vol. 92, №1. - P. 146-160.
19. Kennedy, P. Anxiety and depression after spinal cord injury: a longitudinal analysis / P. Kennedy, B.Rogers // Arch. Phys. Med. Rehab. – 2000. – V. 81, № 7. – P. 932-937.
20. Krause, J.S. Behavioral risk factors of mortality after spinal cord injury / JS.Krause, R.Carter, E.Pickelsimer // J Rehabil Med. – 2009. – Vol. 90, №1. – P. 95-101.
21. Pain catastrophizing and beliefs predict changes in pain interference and psychological functioning in persons with spinal cord Injury / M.A.Hanley [et al] // J Pain. [Electronic resource]. – 2008. – Mode of access: <http://www.jpain.org/article/S1526-5900%2808%2900552-X/fulltext>. – Data of access: 30.07.2012.
22. Preinjury alcohol and drug use among persons with spinal cord injury: Implications for rehabilitation / M.Stroud [et al] // J Spinal Cord Med. [Electronic resource]. – 2011. Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3184483/>. – Date of
5. Buljubash, I.D. Spinal'naja travma i problem adaptacii pacienta: klinicheskie i psihologicheskie aspekty / I.D.Buljubash // Palliativnaja medicina i rehabilitacija: nauchno-prakticheskij jurnal. - 2011. - № 3. S.
6. Buljubash, I.D. Jemocional'noe sostojanie i osobennosti motivacii v vosstanovitel'nom lechenii pacientov s posledstvijami spinal'noj travmy / I.D.Buljubash, I.N.Morozov // Palliativnaja medicina i rehabilitacija: nauchno-prakticheskij jurnal. - 2012. - №4., S. 51-56.
7. Diagnostika psihologicheskikh rasstrojstv v promejutochnom i pozdнем periodah spinal'noj travmy / I.N.Morozov [idr.] // Mediko-social'najaj ekspertiza i rehabilitacija. - 2008. - № 2. - S. 43-45.
8. Instrukcija po ocenke suicidal'nogo riska i profilaktike suicidal'nogo povedenija (dlja vrachej obsche jpraktiki, terapevtov, pediatrov, nevrologov i drugih vrachej lecebного profila): utv. M-вом здравоохранеjja Resp. Belarus' 11.07.2009. – Minsk: BelMAPO, 2009. – 50 s.
9. Parovaja, O. I. Jepidemiologija suicidal'nogo povedenija – gendernye razlichija: obzor literatury i situacija v Respublike Belarus' / O.I.Parovaja // Psihiatrija. Psihoterapija i klinicheskaja psihologija. – 2011. - №: 2.- S.93-104.
10. Sovremennye podhody k mediko-psihologicheskoj rehabilitacii bol'nyh s travmaticheskoj bolezn'ju spinnogo mozga / L.V.Kokotkina [i dr.] // Obozr. psihiatr. i med. psihol. im. Behtereva [Jelektronnyj resurs]. - 2008. - : Rejm dostupa: <http://consilium-medicum.com/article/15522>. - Data dostupa: 10.09.2011.
11. Cvetkov, A.A. Optimizacija vosstanovitel'nyh meroprijatij pri pozvono4no-spinnomozgovoj travme v pozdнем periode: dis. ... kand. med. nauk: 14.00.51 / A.A.Cvetkov. - Voronej, 2006. - 207 s.
12. Ahoniemi, E. Survival after spinal cord injury in Finland / E. Ahoniemi, T.Pohjolainen, H.Kautiainen // J Rehabil Med. [Electronic resource]. – 2011. Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21533327>. – Date of access: 14.01.2013.
13. Alcocol use associated with cervical spinal cord injury / A.Garrison [et al] // J Spinal Cord Med. [Electronic resource]. – 2004. – Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1350951/>. – Data of access: 31.03.13
14. Bombardier, C.H. Depression and spinal cord injury / C.Bombardier // Spinal Cord Injury Updates [Electronic resource]. – 2001. – № 2. – Mode of access: http://sci.washington.edu/info/newsletters/articles/01sum_depression.asp. – Data of access: 21.11.12.
15. Cognitions, Coping and Social Environment Predict Adjustment to Pain in Spinal Cord Injury / K.A.Raichle [et al] // J Pain. – 2007. - Vol. 8, №9. - P.718–729.
16. DeVivo, M.J. Suicide following spinal cord injury / M.J. DeVivo [et al] // Paraplegia. – 1991. – V.29, №9. – P. 620-627.
17. JaHyeon Ku. Health-related quality of life in patients with spinal cord injury: review of the short form 36-health questionnaire survey / JaHyeon Ku // Yonsei Med J Yonsei Med J. – 2007. – Vol. 48, №3. - P. 360–370.
18. Jensen, M. Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in persons with physical disabilities: a systematic review / M.Jensen, M.Moore, J.Engel // Arch Phys Med Rehabil. - 2011. -Vol. 92, №1. - P. 146-160.
19. Kennedy, P. Anxiety and depression after spinal cord injury: a longitudinal analysis / P. Kennedy, B.Rogers // Arch. Phys. Med. Rehab. – 2000. – V. 81, № 7. – P. 932-937.
20. Krause, J.S. Behavioral risk factors of mortality after spinal cord injury / JS.Krause, R.Carter, E.Pickelsimer// J Rehabil Med. – 2009. – Vol. 90, №1. – P. 95-101.
21. Pain catastrophizing and beliefs predict changes in pain interference and psychological functioning in persons with spinal cord Injury / M.A.Hanley[et al] //J Pain. [Electronic resource]. – 2008. – Mode of access: <http://www.jpain.org/article/S1526-5900%2808%2900552-X/fulltext>. – Data of access: 30.07.2012.
22. Preinjury alcohol and drug use among persons with spinal cord injury: Implications for rehabilitation / M.Stroud [et al] // J Spinal Cord Med. [Electronic resource]. – 2011. Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3184483/>. – Date of

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3184483/>. – Date of access: 18.11.2012.

23. The epidemiology of traumatic cervical spine fractures: a prospective population study from Norway / H.Fredo [et al] // Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. [Electronic resource]. – 2012. – Mode of access: <http://www.sjtrem.com/content/20/1/85>. – Date of access: 14.07.2013.

access: 18.11.2012.

23. The epidemiology of traumatic cervical spine fractures: a prospective population study from Norway / H.Fredo [et al] // Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. [Electronic resource]. – 2012. – Mode of access: <http://www.sjtrem.com/content/20/1/85>. – Date of access: 14.07.2013.

PSYCHOEMOTIONAL FEATURES OF PATIENTS AFTER SPINAL INJURY (LITERATURE REVIEW)

Kotova O.A.¹, Bulyubash I.D.², Baykova I.A.³

¹Health Care Institution «Gomel Regional Clinical Hospital for the Disabled Veterans of the Great Patriotic War», Gomel, Belarus

²Federal State-Funded Institution “Nizhny Novgorod Research Institute of Traumatology and Orthopedics of the Ministry of Public Health of the Russian Federation”, Nizhny Novgorod, the Russian Federation

³State Educational Establishment «Belarusian Medical Academy of Post-graduate Education», Minsk, Belarus

The complex of effects of spinal cord injury affects the psychoemotional sphere of patients. Medical and social effects of trauma and as a result a decline in the quality of life cause the complex of psychoemotional experiences, including depression, anxiety, and anger. The studies have revealed an increased risk of alcohol dependence and suicide in this group of individuals. These factors play an important role in the process of adaptation to trauma, requiring psychotherapeutic help to improve recovery.

Key words: *spinal injury, psychoemotional condition, rehabilitation.*

Адрес для корреспонденции: e-mail – OKotova@tut.by

Поступила 15.11.2013