

Клинико-динамические закономерности формирования психических расстройств при ортопедических заболеваниях

М.Н. Ключин

Clinical-and-dynamical regularities of forming mental disorders accompanying orthopaedic diseases

M.N. Kliushin

ФГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия Росздрава», г. Тюмень
(ректор – заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор Э.А. Кашуба)

Демонстрируются закономерности формирования психических нарушений у ортопедических больных, определяемые взаимодействием соматогенных, психогенных и социальных факторов. На основе феноменологического анализа, показана необходимость динамического изучения психопатологических расстройств в рамках континуума «реакция-состояние-развитие». Определена клиническая «палитра» отдельных нозологических форм невротического круга от стертых, ситуационно обусловленных, до личностно окрашенных. Выделены клинические варианты динамически развивающихся психических нарушений у больных с врожденной и приобретенной патологией опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: динамика, закономерности, невротические нарушения, реакция, состояние, развитие, ортопедические заболевания.

The article deals with the regularities of forming mental disorders in orthopaedic diseases, which are determined by interaction of somatogenic, psychogenic and social factors. Phenomenological analysis reveals the necessity of dynamic studying psychopathological disorders within the framework of "reaction – state-development" continuum. The author has determined the clinical expression range of some nosological forms of the neurotic sphere – varying from those effaced situationally dependened to deeply personal. Moreover, the author also has distinguished clinical variants of dynamically developing mental disorders in patients with congenital and acquired pathology of the locomotor system.

Keywords: dynamics, regularities, neurotic disorders, reaction, state, development, orthopaedic diseases.

ВВЕДЕНИЕ

Изолированное, статичное рассмотрение отдельных психических расстройств общепризнанно считается клинически безуспешным. Термин «синдром», понимаемый нами как «совместный бег симптомов», выражает лишь один период непрерывного развития болезни, одно звено цепного процесса [1, 2, 4, 7, 9-15].

Проведенный нами феноменологический анализ психопатологических расстройств при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, показал необходимость их динамического изучения – становления, видоизменения и смены. В качестве теоретической основы системной клинико-динамической характеристики психических расстройств у ортопедических больных

была использована экстранозологическая оценка психического здоровья в рамках модели «реакция-состояние-развитие».

Закономерности формирования психических нарушений у ортопедических больных определяются сложным взаимодействием соматогенных (клиническая выраженность ортопедической патологии, локализация костного поражения, длительность течения болезни), психогенных (личностная переработка проявлений заболеваний опорно-двигательного аппарата, особенно физического дефекта) и социальных (нарушения социально-бытового функционирования в связи с болезнью) факторов [3, 5, 6, 8, 16].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материал настоящего исследования составил 341 пациент с врожденной (100 человек) и приобретенной (241 человек) ортопедической патологией, в возрасте от 14 до 65 лет (средний возраст – 39±7,5 лет). Исследование проводи-

лось в стационарных условиях на базе ФГУ Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г.А. Илизарова в период с 1999 по 2008 г.

Критерии включения в исследование: боль-

ные ахондроплазией и хроническим остеомиелитом, находящиеся на стационарном лечении (не менее 180 койко-дней) в отделениях регуляции роста и гнойной ортопедии, требующие длительного ортопедического лечения методом чрескостного остеосинтеза.

Основопологающим являлся клинико-динамический метод, охватывающий различные состояния в континууме «реакция-состояние-развитие» и предусматривающий исследование

психопатологических особенностей индивидуума на разных этапах ортопедического лечения. С целью верификации состояний у больных использовался ряд экспериментально-психологических исследований (тест реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, шкала госпитальной тревоги и депрессии, шкала депрессии Гамильтона). Инструментом обследования служила базисная карта – «Мультимодальный опросник жизненной истории».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Невротические реакции (29,1 %) были представлены нарушениями субклинического характера, являясь прежде всего, реакцией на дистрессовую ситуацию, в которой существовал пациент – непосредственно операция и связанные с ней последствия, длительность госпитализации, страх незнакомого окружения, разлука с родными, изменение привычного образа жизни, неизвестность прогноза послеоперационного течения. В основном среди наших больных, это представители самых молодых возрастных групп (14-17 лет и 18-22 года); при врожденной ортопедической патологии, статистически достоверно ($P < 0,05$) преобладали лица женского пола; при хроническом остеомиелите – пациенты с давностью заболевания до 4 лет, впервые подвергнувшиеся хирургическому вмешательству методом чрескостного остеосинтеза.

Выделялись следующие клинические варианты невротических реакций.

Чаше наблюдались депрессивные реакции (53,1 %), которые проявлялись сниженным настроением, чувством неудовлетворенности даже при достаточно удачно проведенной операции, переживаниями из-за физического дефекта в целом и возможными послеоперационными осложнениями в частности, снижением интереса к окружающему, пессимистической оценкой будущего. По данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии, средний показатель этой группы составлял $9,2 \pm 0,1$ балла, что соответствовало субклиническому уровню выраженности депрессии.

Астенические реакции (16,0 %) обусловленные в основном наличием на прооперированных сегментах аппаратов Илизарова, чаще встречались у пациентов с металлоконструкциями на нижних конечностях (особенно бедрах). Проявлялись типично: слабостью, быстро наступающей утомляемостью, истощаемостью, порой плаксивостью, излишней обидчивостью.

Тревожные реакции (12,4 %) характеризовались транзиторным беспокойством, сомнениями, что приводило к повышенной настороженности, напряженности, ограничению контактов с окружающими. В основном возникали у личностей с тревожно-мнительными чертами характера, неуверенностью в себе, склонностью к сомнениям,

опасениям, болезненному самонаблюдению, сопровождалась незначительной вегетативной дисфункцией. По результатам госпитальной шкалы тревоги и депрессии: средний показатель – $8,1 \pm 0,5$ балла (субклинический уровень тревоги).

Ипохондрические реакции (7,9 %) проявлялись чрезмерной фиксацией на состоянии пораженного сегмента, такие пациенты были постоянно сконцентрированы на своих ощущениях: боль, зуд, сухость, чувства стягивания кожи, жжения вокруг спиц. В связи с этим они постоянно апеллировали к лечащим врачам, порой преувеличивая тяжесть своего состояния.

Фобические реакции (6,2 %) в основном были изолированными и проецировались на протекание послеоперационного периода, прежде всего опасения касались возможных осложнений, способности переносить повышенные физические нагрузки; а у больных хроническим остеомиелитом еще и страх рецидивирования.

Истерические реакции (4,4 %) чаще имели место у лиц с врожденной патологией. Обычно это выражалось в «заострении» личностных черт с эгоцентричностью, несдержанностью, а порой даже грубостью в отношении окружающих и лечащего персонала. При улучшении соматического состояния, эти реакции становились стертыми или нивелировались.

Таким образом, невротические реакции являлись начальным этапом формирования психических расстройств у больных с ортопедической патологией. Из-за своей симптоматической рудиментарности они часто оставались незамеченными без адекватной психиатрической оценки и специальных психодиагностических методик.

Почва, формируемая повторными психопатологическими реакциями невротического уровня, со временем приобретала по механизму сенсibilизации новые качества, что способствовало возникновению развернутых пограничных психических расстройств, которые квалифицировались как невротические состояния (неврозы). Невротические состояния (58,9 %) характеризовались нарастанием полиморфизма и стойкостью клинической симптоматики, дезадаптацией личностного реагирования, имели нозологическую принадлежность. Средний возраст пациентов этой группы

39±5,5 лет. Достоверно чаще ($P<0,05$) эти состояния встречались у лиц, ранее неоднократно подвергавшихся оперативному вмешательству, в том числе и методом чрескостного остеосинтеза; при хроническом остеомиелите — пациенты с давностью заболевания свыше 4 лет.

Невротические состояния были представлены разнообразными клиническими вариантами.

Депрессивные невротические состояния (23,9 %) характеризовались стойким подавленным настроением, сопровождаемым тревогой, чувством безысходности, бесперспективности лечения, нарушениями сна, опасениями возникновения послеоперационных осложнений, моторной и идеаторной заторможенностью, порой суицидальными мыслями. Депрессивные переживания особенно усиливались в вечернее время. Ряд пациентов в этом состоянии испытывали парестетические ощущения, им казалось, как будто по телу у них ползают насекомые, кусают их, они чувствовали жжение, зуд в прооперированных конечностях. При нарастании тяжести «основного» заболевания тревога сменялась апатией, с выраженной астенией и порой даже адинамией, с безучастностью ко всему окружающему. Выраженность депрессии по шкале Гамильтона у них была более 15 баллов, что требовало назначения антидепрессантов.

Астено-депрессивный вариант (16,6 %) течения невроза характеризовался преобладанием стойкой неврастенической симптоматики: слабостью, повышенной психической и физической утомляемостью, гиперестезиями, локализованными в местах проведения спиц, ослаблением внимания, нарушением ночного сна, эмоциональной лабильностью, когнитивными нарушениями на фоне аффективных расстройств с ярко выраженным депрессивным радикалом. При таком течении у пациентов часто наблюдалась адинамия, при расспросе у них выявлялись отсутствие интересов, пессимизм, неуверенность в своих силах.

Тревожно-депрессивные состояния (15,5 %) клинически реализовывались появлением на фоне сниженного настроения с тревожным аффектом, моторной и ассоциативной заторможенности. У больных стойко, на уровне навязчивых идей, присутствовали мысли о «неизлечимости» физического недуга, они чувствовали себя обреченными, «заложниками» болезни, считали, что судьба поступает с ними «жестoko и несправедливо». Показатели госпитальной шкалы тревоги и депрессии у пациентов с этими невротическими состояниями достигали «клинически выраженного уровня» ($12,4\pm0,2$ балла) и дополнялись тестами Спилберга-Ханина, выявляющими высокий уровень как реактивной ($48,2\pm1,5$ балла), так и личностной тревожности ($52,4\pm1,7$ балла).

Ипохондрический вариант (12,1 %) в рамках невроза носил окраску утрированного беспокойства за состояние прооперированного костного сегмента и вместе с тем, с постоянным психогенно-

обусловленным навязчивым сомнением в возможности благоприятного течения «основного» заболевания, компенсации утраченной функции опорно-двигательного аппарата, патологической фиксации на процессе послеоперационной реабилитации.

Астенический вариант (10,9 %) течения невротического состояния в изолированном виде встречался реже. Переживая больных характеризовались стойкими проявлениями «усталости, не ищущей покоя», когда слабость не проходила даже после продолжительного отдыха. Такая симптоматика более свойственна лицам психастенической конституции, с металлоконструкциями на нижних конечностях, особенно бедрах. В качестве сопутствующих жалоб, прослеживались вегетативные мотивы; кардиалгия, дисритмия, гипотония, дизурические, диспепсические расстройства.

Истерические состояния (10,7 %) были свойственны лицам с истероидной акцентуацией характера, чаще женщинам. Характерным маркером являлась гиперболизация возможных или имеющих отрицательных последствий проведенного хирургического вмешательства, при достаточно стабильно хорошем течении послеоперационного периода. Причем попытка переубеждения со стороны медицинского персонала наталкивалась на «волну» крайней раздражительности, драматизации, отсутствия стремления к конструктивному диалогу.

Фобический вариант (10,3 %) невроза окрашен образными, аффективно насыщенными навязчивыми страхами психогенного характера по поводу послеоперационного течения, с критическим их осмыслением, судьбы прооперированных конечностей, возможных осложнений, особенно инфекционных, исхода госпитализации. Обычно эта симптоматика протекала на гипотимном фоне у лиц, склонных к фиксации на своих переживаниях.

Нарастание полиморфизма клинической картины, появление расстройств различных психопатологических рядов (соматогенного, психогенного и личностного) свидетельствовало о высокой степени вероятности затяжного психопатологического течения. Возникающий при этом патологический характерологический сдвиг нередко «отрывался» от первопричины и начиналось патологическое «саморазвитие» характера — невротическое развитие личности (12,0 %). Его формированию способствовало длительное тяжелое, часто рецидивирующее течение ортопедического заболевания на фоне резидуальной церебрально-органической недостаточности. Возраст пациентов этой группы был весьма вариабелен, средний показатель — $42\pm4,5$ лет. Достоверно чаще ($P<0,05$) эти состояния встречались у многократно оперированных лиц; у больных ахондроплазией с преобладанием конституционально-типологических черт тормозимого круга; при хроническом остео-

миелите — пациенты с давностью заболевания свыше 7 лет.

Выделялись следующие варианты невротического развития личности.

При эмоционально-неустойчивом типе невротического развития личности (25,6 %) нарастали черты возбудимости, раздражительности, гневливости. Больные не могли сдерживать себя в сложных ситуациях, давали аффективные разряды, не соответствующие по силе вызвавшему их внешнему воздействию, которые нередко сопровождались агрессивными действиями (порой с нарушениями отделенческих правил). Эмоциональные реакции возникали по малейшему поводу, особенно бурные — в ответ на блокаду их потребностей. У этих больных отмечалась нестабильность самооценки, несмотря на благоприятную картину послеоперационного течения, они легко меняли свои взгляды как на само заболевание, так и на межличностные связи, прежде всего семейные, что приводило к глубинным личностным конфликтам.

Тревожно-депрессивный вариант (23,3 %) проявлялся нарастанием самоуничиженности, доминированием комплекса неполноценности из-за физического недуга, усилением интравертированности, общей напряженности, ощущением никчемности, личностной непривлекательности по сравнению с другими людьми на фоне стойкого гипотимного настроения с идеаторной и моторной заторможенностью. Больные ограничивали социальные контакты, опасаясь людской антипатии из-за физического дефекта. В общении с окружающими формировался особый стиль поведения: скованность, неестественность, неуверенность, потребность в положительном безусловном принятии, крайняя чувствительность к отвержению, приводящая к социальной замкнутости; они обычно искаженно воспринимали отношение к себе, преувеличивая негативные реакции, опасались насмешек и пренебрежительного, брезгливого отношения, были крайне обидчивы.

Астенический вариант (21,1 %) характеризовался культивированием тормозимых личностных черт, таких как неуверенность в себе, повышенная сенситивность, мнительность, робость, зависимость, что обуславливала у них уязвимость и беспомощность, как в элементарных ситуациях в стационаре, так и в глобальных жизненных вопросах. Для таких пациентов (особенно с приобретенной ортопедической патологией) было свойственно чувство брошенности, ненужности со стороны ближайшего окружения (мужья, жены, дети). В стационаре это проявлялось пассивностью на этапе послеоперационной реабилитации.

Ипохондрический вариант (18,9 %) течения невротического развития личности, обусловлен особенностями ортопедического лечения, прежде всего длительным пребыванием в стационаре и постоянным нахождением в условиях «операционного поля», был более свойственен лицам с приобретенной патологией, с сенситивными чертами характера. У пациентов отмечался перенос болезненных признаков других больных на себя, и как следствие, своя (дилетантская) трактовка течения послеоперационной реабилитации. У больных хроническим остеомиелитом — ипохондрия в ряде случаев достигала сверхценного уровня с идеями воздействия, самообвинения, снижением активности других витальных функций.

Невротическое развитие личности по истерическому типу (11,1 %) встречалось чаще у женщин с врожденной патологией опорно-двигательного аппарата, проявлялось вычурной демонстративностью, театральностью, эгоистичностью, сверхценным стремлением привлечь к себе внимание окружающих, вызвать сочувствие, сострадание. Эта симптоматика чаще других бывает «оторвана» от «профильного» заболевания, порой наблюдалась «обратная» корреляция, когда при улучшении ортопедического статуса «истероидность» приобретала новые клинические краски.

ВЫВОДЫ

1. Системный подход к образованию и динамике психических расстройств у ортопедических больных раскрывает их понятийные, смысловые и клинические аспекты.

2. Клинико-динамические закономерности формирования психических нарушений у больных ортопедического профиля проявлялись невротическими реакциями (29,1 %), состояниями (58,9 %) и развитиями (12,0 %).

3. В соматогенезе психических нарушений при ортопедической патологии существенную роль играли количество предшествующих госпитализаций, перенесенных ранее хирургических вмешательств; обменные, сосудистые, интоксикационные, инфекционные (у больных хроническим остеомиелитом: локализованные, распространенные

формы, с редкими, частыми рецидивами, непрерывно-рецидивирующие); гипоксические нарушения; интенсивные и продолжительные боли; наличие заметного костного дефекта и значительного функционального отклонения в деятельности опорно-двигательного аппарата.

4. Психогенез психопатологических проявлений у больных связан прежде всего с личностной переработкой клинических проявлений ортопедического заболевания, а также с возрастом (имелась прямая корреляция между лицами более старших возрастных групп и более высокой частотой и выраженностью патологической симптоматики), низкой резистентностью к стрессу, тормозимыми акцентуированными чертами характера (психастенические, уклоняющиеся, зависимые, инфан-

тельные), стойкой ипохондрической направленностью, фиксированностью на interoцептивных ощущениях, негармоничными типами отношения к болезни (прежде всего гипернозогнозический вариант реагирования), несформированностью мотивационной базы на исцеление.

5. Социогенез у больных предопределялся стойким депривационным компонентом (длительное пребывание в условиях специализированной клиники; вербальный контакт, в основном с людьми со схожей патологией; отрыв от привычного окружения, жизненного стереотипа); нарушением функционирования собствен-

ной семьи (вплоть до развода); ухудшением положения на работе (снижение квалификации, увольнение), и как следствие, материальным неблагополучием; а порой, угрозой для жизни в целом или отдельных значимых для индивида ее сторон (инвалидизация).

6. Причем вышеперечисленные факторы, будучи незначительными на начальных этапах развития заболеваний опорно-двигательного аппарата, впоследствии объединяясь друг с другом, обуславливали существенное патогенное накопление, приводящее к формированию психических расстройств разной степени выраженности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. М. : Медицина, 2000. 495 с.
2. Александровский Ю. А. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение. М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004. 240 с.
3. Булюбаш И. Д. Психофизиологические соотношения при заболеваниях и травмах опорнодвигательного аппарата в процессе реабилитации : автореф. дис... канд. мед. наук. М., 1987. 22 с.
4. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). М. : Трида-Х, 2000. 256 с.
5. Зубарева О. В. Клинические особенности психических расстройств при стрессе, вызванном травмой опорно-двигательного аппарата и роль психотерапии в их лечении : автореф. дис... канд. мед. наук. М., 2006. 27 с.
6. Клиника и лечение психических расстройств у больных ахондроплазией : пособие для врачей / сост. : В. И. Шевцов [и др.]. Курган ; Тюмень, 2004. 17 с.
7. Клиническая психология (специальная медицинская психология) : учеб. пособие / под ред. Г. П. Котельникова, Г. Н. Носачева. Самара, 2005. С. 260-283.
8. Ключин М. Н. Психические нарушения у больных ахондроплазией : автореф. дис... канд. мед. наук. Томск, 2002. 21 с.
9. Коркина М. В., Лакошина Н. Д., Личко А. Е. Психиатрия. М. : Медицина, 1995. 608 с.
10. Семиотика психических заболеваний (общая психопатология) : учеб. пособие / под ред. Г. Н. Носачева, В. С. Баранова. Самара, 2006. 350 с.
11. Семке В. Я. Основы персонологии. М. : Академ. проект, 2001. 476 с.
12. Семке В. Я. Превентивная психиатрия. Томск : Изд-во Том. ун-та, 1999. 403 с.
13. Семке В. Я., Аксенов М. М. Пограничные состояния (региональные аспекты). Томск, 1995. 182 с.
14. Снежневский А. В. Общая психопатология (курс лекций). М. : МЕДпрессинформ, 2001. 208 с.
15. Психотические и невротические расстройства у больных с соматической патологией / А. М. Спринц [и др.]. СПб. : СпецЛит, 2007. 253 с.
16. Сухобрус Е. А. Психологические реакции и их динамика в процессе лечения у больных с механической травмой длинных трубчатых костей нижних конечностей : автореф. дис... канд. психол. наук. СПб., 2006. 27 с.

Рукопись поступила 18.05.09.

Сведения об авторе:

Ключин Михаил Николаевич — к.м.н., ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия Росздрава», e-mail: mkljushin@rambler.ru