

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Клинический санаторий «Хмельник», Хмельник, Винницкая область

Представлены данные клинико-психопатологического и психодиагностического исследований нарушений психической сферы у больных с различными видами патологии опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: патология опорно-двигательного аппарата, психическая сфера, уровень адаптации.

В настоящее время в Украине, как и в других странах мира в целом, весьма актуальна проблема роста инвалидности. Отмечается высокий удельный вес не только первичной, но и вторичной инвалидности. Среди основных причин этого явления — патология опорно-двигательного аппарата (ОДА) различного генеза. Пациенты, которые утратили трудоспособность в результате патологии системы опоры и движения, отмечают ухудшение уровня качества жизни главным образом за счет снижения уровня социального функционирования как при субъективной, так и объективной оценке [1].

Наиболее значимый урон трудоспособному населению наносят травмы, повлекшие за собой деструкцию и дисфункцию опорно-двигательной системы. Они встречаются довольно часто — в 30–57 % случаев от общего количества функциональных травм [1, 2].

В отечественных литературных источниках часто упоминается о неудовлетворительных результатах — до 40 % — в терапии пациентов с патологией ОДА на различных ее этапах. Некоторые источники указывают на низкое качество лечения в среднем у 50–75 % пациентов. Распространенность данного явления обусловлена особенностью терапии у больных с патологией ОДА, так как в 50 % случаев результаты лечения зависят от трудоемкой, полноценной реабилитации [3–6].

Вместе с тем остаются неопределенными вопросы особенностей формирования расстройств психической сферы, в частности невротического характера, их течения у этой категории больных. Нерешенным является вопрос их вторичного влияния как на течение основного заболевания, так и на общий уровень социального функционирования. Соответственно, не разработана система медико-психологической реабилитации с применением психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий. Между тем наблюдается значительный рост расстройств адаптации у дан-

ного контингента больных. Лечебно-реабилитационные программы для таких пациентов до настоящего времени основаны на применении физиотерапевтических, бальнеологических и других мероприятий в санаторно-курортной системе. На этом этапе по-прежнему остается актуальной разработка комплексных программ психологического сопровождения больных с нарушениями ОДА [7, 8].

В решении вопросов усовершенствования существующих методов работы и выявления мишенной психокоррекционного вмешательства важная роль принадлежит исследованию и оценке состояния психической сферы у больных с патологией ОДА на разных этапах лечения и реабилитации [8].

Цель исследования — изучение особенностей нарушения психической сферы у больных с патологией ОДА.

Обследованы 100 пациентов с патологией ОДА, у которых клинические расстройства психологической адаптации проявлялись на нозологическом (группа 1, $n = 40$) и донозологическом (группа 2, $n = 60$) уровнях. Все обследованные были сопоставимы по полу и возрасту. Диагнозы заболеваний верифицировались в соответствии со стандартами диагностики МКБ-10. Состояние психической сферы оценивалось по данным клинико-психопатологического изучения.

В исследовании использовались следующие методы: клинико-психопатологический, психодиагностический (шкалы объективной оценки уровня депрессии М. Гамильтона (HDRS), субъективной оценки уровня депрессии У. Цунга, реактивной тревоги и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина), статистический (обработка результатов проводилась с помощью стандартизированной компьютерной программы SPSS).

На первом этапе исследования данные клинического анализа стали критерием разделения пациентов на группы воздействия. Психопатологическая симптоматика больных в группе 1

структурировалась в соответствии с синдромами: тревожно-депрессивным — в 45 % случаев, тревожно-фобическим — в 20 %, астено-невротическим — в 20 %, астено-депрессивным — в 15 %. Она была представлена на нозологическом уровне в виде расстройства адаптации (F43.2): 24 (60 %) пациентов страдали смешанной тревожно-депрессивной реакцией (F43.22) и у 16 (40 %) обследованных преобладали нарушения других эмоций (F43.23). У пациентов группы 2 отмечались расстройства, не достигавшие нозологического уровня, но соответствующие ситуационно обусловленным реакциям психологической дезадаптации (СОРПД). Различия психопатологической структуры СОРПД позволили выделить четыре варианта: астенический, соматовегетативный, обсессивно-фобический и тревожный (табл. 1).

Наиболее распространенным клиническим вариантом СОРПД был тревожный — 50,0 % случаев, на астенический приходилось 31,6 %, на соматовегетативный — 8,4 % и обсессивно-фобический — 10,0 %.

На втором этапе было проведено психодиагностическое исследование психоэмоциональной сферы пациентов с ОДА.

Наличие высоких показателей реактивной тревоги и личностной тревожности у больных с ОДА (табл. 2) с нозологическим и донозологическим уровнем психологической дезадаптации указывает на преобладание субъективно переживаемых эмоций в виде напряжения, беспокойства, озабоченности, нервозности. Данное состояние характеризуется неустойчивостью во времени и различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации. Таким образом, значение итогового показателя по данной шкале позволяет оценить уровень актуальной тревоги у больных и определить направленность воздействия стрессовой ситуации и интенсивность данного воздействия.

Показатели уровня тревоги в группе 1 свидетельствуют о достоверном преобладании личностной тревожности у 40,0 % пациентов, что указывает на наличие ряда событий, которые оказывают стрессовое воздействие на больных. Высокий уровень личностной тревожности прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

У 85,0 % обследованных группы 2 отмечен достоверно выраженный уровень реактивной тревоги. Для этих пациентов характерна склонность в диапазоне ситуаций воспринимать любое проявление качеств их личности, любую заинтересованность в них как возможную угрозу своему престижу, самооценке. Осложнение ситуации вос-

Таблица 1

Распределение клинических вариантов ситуационно обусловленных реакций психологической дезадаптации среди больных с донозологическим уровнем психологической дезадаптации

Варианты СОРПД	Группа 2, n = 60	
	абс. ч.	%
Астенический	19	31,6
Соматовегетативный	5	8,4
Обсессивно-фобический	6	10,0
Тревожный	30	50,0

Таблица 2

Сопоставление уровней реактивной тревоги и личностной тревожности у обследованных больных

Уровень	Группа 1, n = 40		Группа 2, n = 60	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
<i>Реактивная тревога</i>				
Низкий	0	0,0	0	0,0
Средний	19	47,5	9	15,0*
Высокий	21	52,5	51	85,0**
<i>Личностная тревожность</i>				
Низкий	0	0,0	16	26,7*
Средний	24	60,0	44	73,3
Высокий	16	40,0	0	0,0*

* Различия показателей между группами достоверны при $p \geq 0,05$; ** при $p \geq 0,01$. То же в табл. 3.

принимается как угрожающее, катастрофическое; соответственно восприятию проявляется и сила эмоциональной реакции.

Изучение депрессии пациентов по шкале Гамильтона показало выраженный (27,5 % случаев) и умеренный (52,5 %) уровни в группе 1 и легкий (63,4 %) — в группе 2 (табл. 3). По данным опросника Цунга, у большинства обследованных группы 2 наблюдалось отсутствие депрессии, а у пациентов группы 1 чаще встречалась депрессия легкого (35,0 %) и умеренного уровней (45,0 %).

Таким образом, анализируя полученные данные клинко-психопатологического и психодиагностического исследований эмоциональной сферы у больных с патологией ОДА, необходимо отметить преобладание высокого уровня реактивной тревоги при наличии умеренной личностной тревожности.

Выраженные расхождения в результатах исследования объективного и субъективного уровней депрессии у этого контингента больных указывают на то, что они чаще всего занижали

Таблиця 3

Субъективная и объективная оценки уровня депрессии у обследованных больных

Уровень депрессии	Группа 1, n = 40		Группа 2, n = 60	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
<i>По данным субъективной оценки (шкала Цунга)</i>				
Отсутствие	2	5,0	45	75,0*
Легкая	14	35,0	12	20,0
Умеренная	18	45,0	3	5,0*
Выраженная	6	15,0	0	0,0
<i>По данным объективной оценки (шкала Гамильтона)</i>				
Отсутствие	2	5,0	8	13,3
Легкая	6	15,0	38	63,4**
Умеренная	21	52,5	11	18,3*
Выраженная	11	27,5	3	5,0*

показатель депрессивных проявлений и не придавали им значения.

Данные, полученные при исследовании психической сферы у больных с патологией ОДА, легли в основу разрабатываемой комплексной системы медико-психологической коррекции СОРПД и расстройств адаптации у больных с учетом особенностей их эмоционального состояния.

Список литературы

1. *Зубарева О. В.* Клинические особенности психических расстройств при стрессе, вызванном травмой опорно-двигательного аппарата, и роль психотерапии в их лечении: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук; спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / Зубарева О. В.— М., 2006.— 27 с.

2. *Клюшин М. Н.* Клинико-динамические закономерности формирования психических расстройств при ортопедических заболеваниях / М. Н. Клюшин // Гений ортопедии.— 2009.— № 3.— С. 119–123.

3. *Курбанов Р. С.* Качество жизни пациентов с травматической болезнью спинного мозга. Психологические аспекты / Р. С. Курбанов // «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья»: матер. междунар. науч.-практ. конф.— М.: МГППУ, 2011.— С. 423–426.

4. *Щербакова А. М.* Факторы, определяющие психологическую устойчивость в трудных жизненных ситуациях / А. М. Щербакова, А. В. Шехорина // Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья; отв. ред. А. М. Щербакова.— М., 2011.— С. 53–55.

5. Psychological factors at work and musculoskeletal disorders: a one year prospective study / J. Bugajska, D. Żołnierczyk-Zreda, A. Jędryka-Góral [et al.] // Rheumatol. International.— 2013.— № 33 (12).— P. 2975–2983.

6. *Karasek R.* Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life / R. Karasek, T. Thorell.— N. Y.: Basic Books, 1990.

7. *Лысенко Т. А.* Организация психотерапевтической помощи больным с травмами ОДА В МОТП / Т. А. Лысенко, Е. В. Якушева, Л. В. Вивдыч // Актуальные вопросы травматологии: сб. науч.-практ. конф.— Благовещенск, 1999.— Вып. № 1.— С. 21–23.

8. Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга; под общ. ред. Г. Е. Ивановой, В. В. Крылова, М. Б. Цикунова, Б. А. Поляева.— М.: ОАО «Московские учебники и картолитогрфия», 2010.— 640 с.

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

О. О. ГАЛАЧЕНКО

Подано дані клініко-психопатологічного і психодіагностичного досліджень порушень психічної сфери у хворих із різними видами патології опорно-рухового апарату.

Ключові слова: патологія опорно-рухового апарату, психічна сфера, рівень адаптації.

THE FEATURES OF PSYCHIATRIC DISORDERS IN PATIENTS WITH MUSCULOSKELETAL PATHOLOGY

O. O. GALACHENKO

The article presents the findings of clinical, psychopathological, psychodiagnostic investigation of psychiatric disorders in patients with various kinds of diseases of the musculoskeletal system.

Key words: musculoskeletal pathology, mental sphere, level of adaptation.

Поступила 25.02.2016