



ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ СО СКОЛИОЗОМ

И.С. Киметова, Н.Л. Александрова, М.В. Михайловский

Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна

Цель исследования. Изучение психоэмоционального состояния пациентов со сколиозом.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 275 человек, средний возраст 30 лет. Основная группа испытуемых – 233 пациента со сколиозом, контрольная – 42 подростка 15–16 лет, не имеющих клинических проявлений сколиоза и никогда не обращавшихся в лечебное учреждение с жалобами на боли в спине. Испытуемым предлагалось оценить свое текущее состояние по пяти-балльной системе, баллы переводились в соответствующие диагностические коэффициенты, которые суммировались по шкалам, далее выстраивалась индивидуальная диаграмма тестирования.

Результаты. Невротические состояния отмечены у 16 % пациентов со сколиозом. Лидируют обсессивно-фобические нарушения и невротическая депрессия. Невротическая депрессия у больных сколиозом встречается более чем в три раза чаще, чем у здоровых. Появление невротической депрессии регистрируется уже у пациентов с I и II ст. сколиоза. Психоэмоциональные нарушения у детей встречаются чаще, чем у взрослых, у женщин чаще, чем у мужчин.

Заключение. Полученные в результате тестирования данные помогут в разработке и осуществлении индивидуальной программы оказания психологической помощи на разных этапах лечения, что позволит сократить восстановительный послеоперационный период, уменьшить частоту и тяжесть возникновения депрессивных состояний, риск соматических осложнений, повысить удовлетворенность лечением, улучшить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: сколиоз, невротические состояния, депрессия, обсессивно-фобические нарушения.

PSYCHO-EMOTIONAL PROFILE IN PATIENTS WITH SCOLIOSIS

I.S. Kimetova, N.L. Aleksandrova, M.V. Mikhailovsky

Objective. Investigation of psycho-emotional conditions in patients with scoliosis.

Material and Methods. A total of 275 individuals with an average age of 30 years were enrolled in the study. The study group included 233 patients with scoliosis, and the control group – 42 adolescents aged 15–16 years who had no clinical manifestations of scoliosis and never sought medical attention for complaints of the back pain. Examinees were offered to estimate their current state on a five-point scale. Patient-reported scores were transferred to the corresponding diagnostic factors, which were summarized within scales, and a patient-specific diagram of test results was built.

Results. Neurotic conditions were noted in 16 % of patients with scoliosis. Among them obsessive-phobic disorders and neurotic depression prevailed. Neurotic depression is more than three-fold frequent in patients with scoliosis than in conditionally healthy subjects. Neurotic depression is registered even in patients with grade I and II scoliosis. The incidence of psycho-emotional disorders is higher in children than in adults and in women than in men.

Conclusion. Data obtained from testing will help in development and implementation of patient-specific program to render psychological aid at different stages of treatment. It will allow to shorten restorative postoperative period, to decrease the occurrence and severity of depressive conditions and the risk of somatic complications, to increase the satisfaction with care, and thus to improve the patient's quality of life.

Key Words: scoliosis, neurotic conditions, depression, obsessive-phobic disorders.

Hir. Pozvonoc. 2013;(3):24–29.

В настоящее время в медицинской практике к процессу диагностики и лечения принято подходить комплексно [2, 3, 8]. Комплексный подход связан, прежде всего, с представлением о человеке как о сложной, многоуровневой системе, состоящей из совокупности различных элемен-

тов, которые находятся в постоянной взаимосвязи и взаимозависимости друг от друга. Нарушение в деятельности какого-либо одного элемента рано или поздно скажется на остальных и приведет к сбою всей системы. В жизненном пути человека – едином процессе – биологическое и социаль-

ное взаимно опосредствуют друг друга через психику. Таким образом, психическое выступает связующим звеном между социальным и биологическим. Представления о тесной взаимосвязи самочувствия человека с его психическим, прежде всего эмоциональным, состоянием является одним из важней-

ших в современной медицине и медицинской психологии.

Сколиоз как общемедицинский термин более известен как боковое искривление позвоночника, но в действительности это сложная трехмерная деформация позвоночника и грудной клетки, а также внутренних органов, крупных сосудов и невральных структур [14]. Развитие позвоночника происходит под влиянием генетических факторов и факторов внешней среды [14]: питания, болезней, возможных нарушений эндокринного характера, возрастных изменений тканей всего организма. Рост позвоночника – динамический процесс, который варьирует в зависимости от возраста. В период полового созревания гормональный выброс стимулирует резкое ускорение роста. Эта фаза продолжается в течение трех лет. Ускоренное прогрессирование сколиоза обычно отмечается именно в этот период. К счастью, современное развитие медицинской науки дает надежды на исправление или компенсацию многих недостатков природы и позволяет человечеству и особенно его растущему поколению смотреть на свою жизнь более оптимистически.

По данным немногочисленных работ [2, 6, 17, 19, 20], при наличии физической неполноценности из-за различных заболеваний у детей наблюдаются существенные личностные нарушения, дезадаптационные расстройства и нервно-психические срывы. Психологически особенно тяжелым для больного, находящегося в клинике, является предоперационный период. Практически каждый пациент нуждается в это время в особом внимании и поддержке. Свойственными для него являются чувства неопределенности, неуверенности, беспомощности, страха перед наркозом, операцией и ее последствиями [26, 27]. Ситуация неопределенности, в которой находится пациент перед операцией, может спровоцировать развитие различных невротических состояний. Эти состояния демонстрируют психический способ переработки внутриличностного

конфликта [10, 11, 18, 22–24], играя защитную роль. Защищая человека от соприкосновения с жизненными проблемами, невротические состояния являются своеобразной психической компенсацией.

Невротические состояния или неврозы [7] – это обратимые психические расстройства, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов, протекающие с осознанием больными факта своей болезни, без нарушений отражения реального мира, и проявляющиеся в основном психогенно-обусловленными и соматовегетативными расстройствами. Во всех стадиях невротического состояния страдает один главный момент человеческой деятельности – способность адекватно оценивать результаты совершенной деятельности [12]. По имеющимся литературным данным [2, 5, 6, 15, 17, 19, 20], многие авторы занимались изучением психофизиологического статуса пациентов со сколиозом, но до сих пор не было предложено общепринятой системы предоперационной психологической подготовки пациентов, снижающей уровень стресса, возникающего в период ожидания операции, и позволяющей ускорить темпы выздоровления.

Цель исследования – изучение психоэмоционального состояния пациентов со сколиозом.

Материал и методы

В 1996–2011 гг. в клинике детской и подростковой вертебрологии Новосибирского НИИТО прооперированы 1680 пациентов с идиопатическим сколиозом [13], из них женщин 1453 (86,5 %), мужчин 227 (13,5 %). В психологическом исследовании приняли участие 275 человек, средний возраст 30 лет. Все испытуемые были разделены на две группы: основная – 233 человека (186 женщин и 47 мужчин), контрольная – 42 человека. Пациенты основной группы были со сколиозом I–II ст. – 27 (12,0 %) человек, III–IV ст. – 206 (88,0 %). Испытуемые основной группы были разделены на две воз-

растные подгруппы: дети (средний возраст 14,5 лет; 123 (79,0 %) девочки и 33 (21,0 %) мальчика) и взрослые (средний возраст 34 года; 63 (82,0 %) женщины и 14 (18,0 %) мужчин). В контрольную группу вошли дети 15–16 лет, не имеющие клинических проявлений сколиоза и никогда не обращавшиеся в лечебное учреждение с жалобами на боль в спине.

Обследование проходило на базе клиники детской и подростковой ортопедии и вертебрологии НИИТО, санаторной школы-интерната № 133 для детей со сколиозом и средней общеобразовательной школы Новосибирска. Обследование основной группы включало в себя два этапа. На первом этапе с пациентами проводилась клиническая беседа, которая включала в себя сбор анамнеза и подготовку пациента к психологическому тестированию. Далее предлагался клинический опросник [9] для выявления и оценки невротических состояний. Контрольная группа работала с опросником анонимно.

Опросник включает в себя следующие шкалы: тревога, невротическая депрессия, астения, истерический тип реагирования, обсессивно-фобические нарушения, вегетативные нарушения.

Тревога характеризуется снижением порога возбуждения в отношении стимулов, вызывающих тревогу; имеются признаки беспокойства, неуверенности при общении, плохая переносимость ожидания, нетерпеливость, непоседливость, нерешительность.

Невротическая депрессия характеризуется симптомами сниженного настроения, не достигающими степени тоски, чувством безрадостности, но без экстраполяции этого ощущения на будущее, ослаблением тонуса и энергии, ограничением контактов с окружающими и снижением интересов.

Астения – психическая и физическая гиперестезия (повышенная чувствительность, болезненно повышенная возбудимость чувств), быстрая утомляемость, снижение работоспособности, раздражительность, вспыль-

чивость, эмоциональная лабильность (неустойчивость), нарушение внимания.

Конверсионное расстройство – истерический тип реагирования, основные тенденции которого – требование признания, повышенная чувствительность и впечатлительность, обидчивость, а также проявление истерического реагирования в виде нарушений сердечной деятельности, дыхания, желудочно-кишечного тракта, тиков и двигательных нарушений.

Обсессивно-фобическое расстройство (навязчивости) характеризуется наличием навязчивостей, навязчивых воспоминаний, сомнений, страхов, неуверенностью в своих поступках и решениях.

Вегетативные нарушения характеризуются неустойчивостью сосудистого тонуса, снижением аппетита, нарушением сердечно-сосудистой деятельности, желудочно-кишечными расстройствами, нарушением терморегуляции, сна, головными болями.

Испытуемым предлагалось оценить свое текущее состояние по пятибалльной системе: 5 баллов – никогда не было; 4 балла – редко; 3 балла – иногда; 2 балла – часто; 1 балл – постоянно или всегда. Проставленные баллы переводили в соответствующие диагностические коэффициенты, которые далее суммировали по шкалам. Показатели больше +1,28 указывали на уровень здоровья, меньше -1,28 – на болезненный характер выявляемых расстройств. В итоге выстраивалась индивидуальная диаграмма результатов тестирования.

Результаты

По результатам психологического исследования, патологические состояния были отмечены у 16 % пациентов со сколиозом.

Более характерными для пациентов со сколиозом патологическими состояниями являются обсессивно-фобические нарушения (21,5 %) и невротическая депрессия (21,4 %). Далее идут конверсионные нарушения (16,4 %)

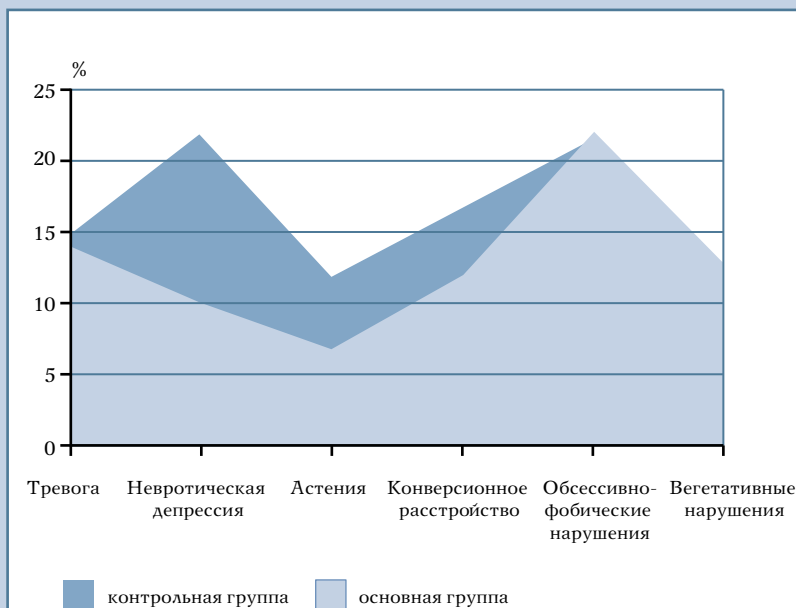


Рис. 1

Сравнительная оценка невротических состояний пациентов основной и контрольной групп

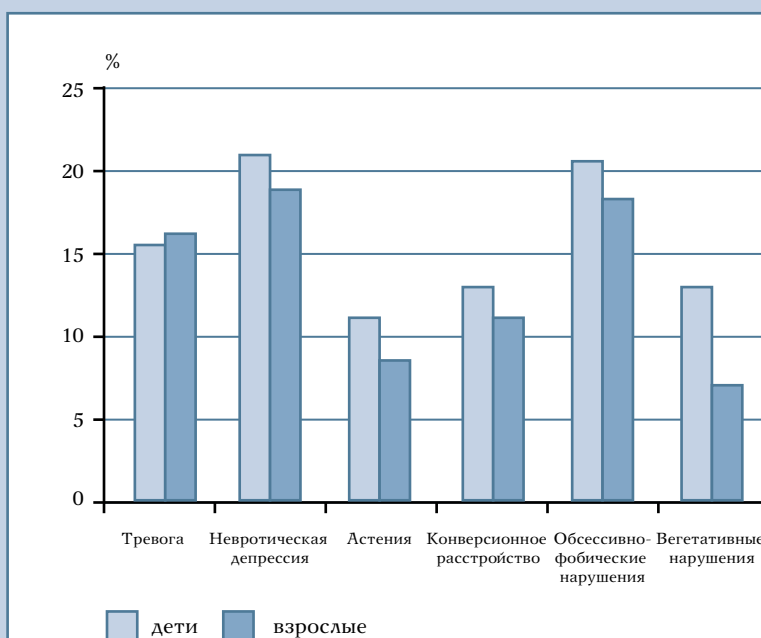
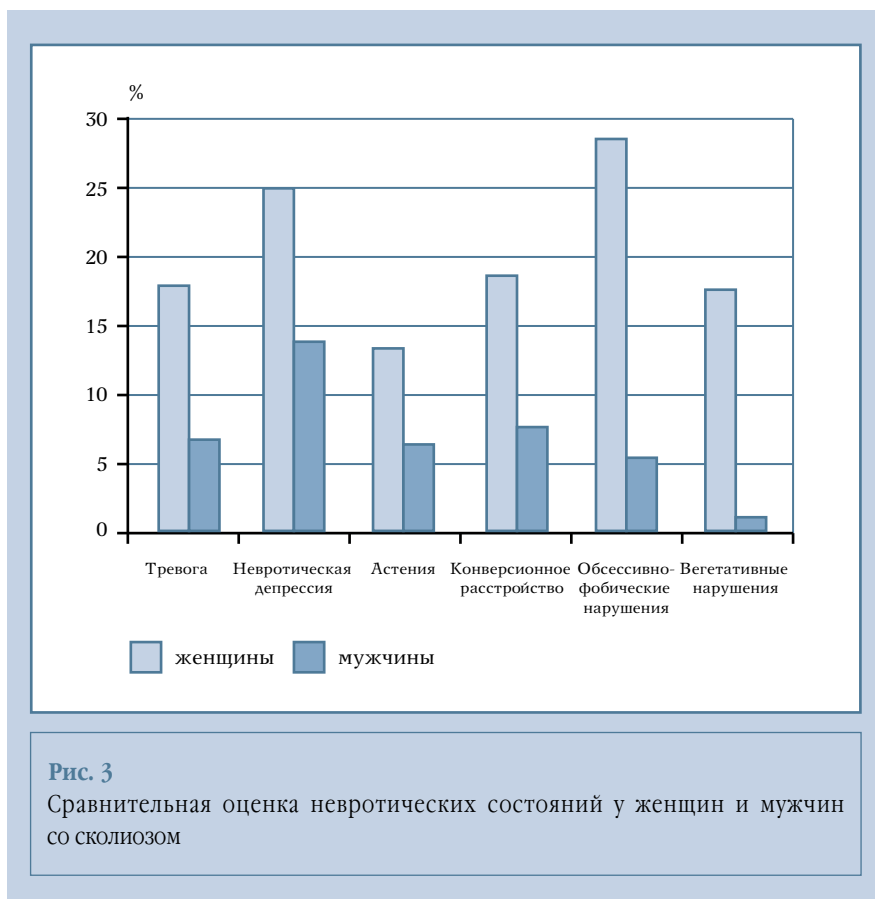


Рис. 2

Сравнительная оценка невротических состояний у детей и взрослых со сколиозом



и тревога (14,6 %), реже вегетативные нарушения (12,4 %) и астения (12,1 %).

Невротическая депрессия у больных сколиозом встречается более чем в три раза чаще, чем у условно здоровых, – 21,4 и 9,5 % соответственно (рис. 1). При этом появление невротической депрессии регистрируется уже у пациентов с I и II ст. сколиоза (25,9 % в сравнении с 9,5 %).

Психоэмоциональные нарушения регистрируются как у детей, так и у взрослых (рис. 2), но по частоте возникновения преобладают у детей.

Развитию невротических состояний из-за физического дефекта более подвержены женщины, чем мужчины (рис. 3). Патологические проявления у женщин характеризуются страхами, мнительностью, навязчивостью и неуверенностью в себе, беспокойством, вегетативной неустойчивостью, а у мужчин – снижением настроения, общего тонуса и энергии, ограничением контактов.

Обсуждение

Известно, что хирургическая операция является сильнейшим не только физическим, но и психологическим стрессом для человека [23, 24, 27, 28]. Отечественные исследователи [2, 6, 16, 17, 19, 20] говорят о существенных изменениях в эмоциональном и вегетативном статусах, о формировании глубоких переживаний пациентов в связи с заболеванием, искажающим тело, а характерный для лиц женского пола и подростков повышенный интерес к себе и своей внешности еще более усугубляет психическую травматизацию. По данным исследований нашей клиники [2, 5], сформировавшийся на фоне сколиотической болезни невротический конфликт, затрагивая глубокие процессы развития личности, может сохраняться и после полной хирургической коррекции деформации позвоночника. Подобные высказывания можно встретить

и у зарубежных исследователей психоаналитического направления [23–25, 27], в них говорится о роли предоперационной тревоги в изменениях психического состояния после операции. Любой человек, становясь перед необходимостью хирургической операции, в той или иной мере начинает испытывать тревогу, которая, по сути, служит сигналом к восприятию опасности. Если сигнал не воспринимается, или если, несмотря на его восприятие, психологическая реадaptация все же невозможна, операция влечет за собой то или иное психическое расстройство [4]. В исследовании К. Спилбергера с соавт. (Цит. по: Л.Ф. Бурлачук, Е.Ю. Коржова, 1998) с помощью известного опросника тревожности изучались особенности психического состояния больных до хирургической операции и через три дня после нее. Было выявлено, что средний балл показателей, свидетельствующих о наличии тревоги, был существенно ниже, чем средний балл показателей, свидетельствующих об отсутствии тревоги. Отрицанием можно объяснить ситуацию, в которой некоторые больные избегали утвердительных ответов относительно тревоги в стрессовых условиях хирургической операции. Другие исследователи [1, 21] обращают внимание на то, что после улучшения соматического состояния в послеоперационном периоде больной вынужден решать жизненные проблемы, которых он мог избежать вследствие болезни. Ухудшение состояния позволяет избегать их и в дальнейшем.

В зарубежных исследованиях приоритет отдается субъективным факторам (феномену тревоги, защитным механизмам, среди последних – преимущественно отрицанию), отечественными авторами признается ее многофакторная обусловленность. Но те и другие делают выводы о необходимости максимально ранней психологической диагностики и психотерапии данных отклонений.

Заключение

Отрицательные эмоции, возникающие в ответ на прогрессирующее искажение тела, вызванное сколиотической болезнью, подавляются, вызывая патологические состояния, с которыми пациент вынужден находиться один на один. Полученные в результате психологического тестирования данные помогут в разработке и осуществлении

индивидуальной программы оказания психологической помощи на разных этапах лечения. Это позволит сократить восстановительный послеоперационный период, уменьшить частоту возникновения депрессивных состояний, связанных с предоперационным стрессом, и их тяжесть, уменьшить риск соматических осложнений, повысить удовлетворенность лечением и улучшить качество жизни пациентов.

Выражаем признательность педагогу-психологу Д.Ю. Бузовой за активное участие в организации и проведении психологического тестирования учащихся и И.К. Березину, студенту факультета медицинской психологии НГМУ, за помощь в обработке данных тестирования.

Литература

1. **Александр Ф.** Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М., 2002.
2. **Александрова Н.Л., Черезова Е.Б.** Особенности Я-концепции подростков со сколиозом // 2-я Международ. науч.-практ. конф. молодых ученых по вертебрологии и смежным дисциплинам, посвящ. 20-летию Центра патологии позвоночника: Тез. докл. Новосибирск, 2008. С. 10–11.
3. **Ананьев В.А.** Психология здоровья. СПб., 2006.
4. **Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю.** Психология жизненных ситуаций. М., 1998.
5. **Губина Е.В.** Клиническое применение русскоязычного варианта анкеты Scoliosis Research Society Outcome Instrument-24 (SRS-24) // Хирургия позвоночника. 2004. № 2. С. 34–39.
6. **Дадаева О.А., Склярченко Р.Т., Травникова Н.Г.** Клинико-психологические особенности детей и подростков, больных сколиозом // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2003. № 3. С. 10–14.
7. **Дроздов А.А., Дроздова М.В.** Полный справочник психотерапевта. М., 2007.
8. **Исаев Д.Н.** Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб., 2005.
9. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний: Методические рекомендации для интернов и врачей / Сост. Д.М. Менделевич, К.К. Яхин. Казань, 1978.
10. **Корнетов Н.А.** Депрессивные расстройства. Диагностика, систематика, семиотика, терапия. Томск, 2002.
11. **Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В.** Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии. Новосибирск, 2006.
12. **Менделевич В.Д.** Клиническая и медицинская психология. М., 1998.
13. **Михайловский М.В., Сергунин А.Ю., Удалова И.Г. и др.** Клинико-рентгенологическая характеристика пациентов с идиопатическим сколиозом в специализированном вертебрологическом отделении // Хирургия позвоночника. 2012. № 2. С. 44–49.
14. **Михайловский М.В., Фомичев Н.Г.** Хирургия деформаций позвоночника. Новосибирск, 2011.
15. **Новиков В.В., Новикова М.В., Цветовский С.Б. и др.** Профилактика неврологических осложнений при хирургической коррекции грубых деформаций позвоночника // Хирургия позвоночника. 2011. № 3. С. 66–76.
16. **Норкин И.А., Зарецков В.В., Зуева Д.П.** Психофизиологический статус детей и подростков со сколиозом и его особенности в послеоперационном периоде // Травматология и ортопедия XXI века: М-лы VIII съезда травматологов-ортопедов России: Т. II. Самара, 2006. С. 944–945.
17. **Норкин И.А., Шемятенков В.Н., Зарецков В.В. и др.** Особенности психофизиологического статуса детей и подростков со сколиозом на разных этапах лечения // Хирургия позвоночника. 2006. № 4. С. 8–12.
18. **Павленко С.С., Фомин Г.И., Торгашев М.Н.** Распространенность депрессивных симптомов у лиц, страдающих хронической болью в нижней части спины // Хирургия позвоночника. 2004. № 4. С. 74–78.
19. **Полторакова Е.Б., Александрова Н.Л., Михайловский М.В. и др.** Гендерная социализация девочек-подростков со сколиозом // Хирургия позвоночника. 2007. № 4. С. 21–25.
20. **Пятакова Г.В., Виссарионов С.В.** Особенности личности подростков с тяжелой деформацией позвоночника // Хирургия позвоночника. 2008. № 3. С. 33–39.
21. **Фрейд А.** Психология Я и защитные механизмы. М., 1993.
22. **Фрейд З.** Психология бессознательного. М., 1989.
23. **Хорни К.** Наши внутренние конфликты. М., 2007.
24. **Ford CV.** The Somatizing Disorders: Illness as a Way of Life. N. Y., 1983.
25. **Howard A, Donaldson S, Hedden D, et al.** Improvement in quality of life following surgery for adolescent idiopathic scoliosis. Spine. 2007;32: 2715–2718.
26. **Janis IL.** Psychological Stress: Psychoanalytic and Behavioral Studies of Surgical Patients. N. Y., 1974.
27. **Titchener JL, Levine M.** Surgery as a Human Experience: The Psychodynamic of Surgical Practice. Oxford University Press, 1960.
28. **Tones M, Moss N, Polly DW Jr.** A review of quality of life and psychosocial issues in scoliosis. Spine. 2006; 31:3027–3038.

References

1. Aleksander F. [Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications]. Moscow, 2002. In Russian.
2. Aleksandrova NL, Cherezova EB. [Peculiarities of self-concept in adolescents with scoliosis]. Proceedings of the 2nd International Scientific and Practical Conference of Young Researchers on Vertebrology and Allied Subjects dedicated to 20th Anniversary of the Centre for Spine Pathology. Novosibirsk, 2008:10–11. In Russian.
3. Ananyev VA. [Physiology of Health]. St. Petersburg, 2006. In Russian.
4. Burlachuk LF, Korzhova EYu. [Psychology of Reality Situations]. Moscow, 1998. In Russian.
5. Gubina EV. [Clinical application of Russian version questionnaire of Scoliosis Society Outcomes Instrument-24 (SRS-24)]. Hir Pozvonoc. 2004;(2): 34–39. In Russian.
6. Dadaeva OA, Sklyarenko RT, Travnikova NG. [Clinical and psychological features in children and adolescents suffering from scoliosis]. Mediko-sotsial'naya Ekspertiza i Reabilitatsiya. 2003;(3):10–14. In Russian.

7. Drozdov AA, Drozdova MV. [Full Directory Therapist]. Moscow, 2007. In Russian.
8. Isaev DN. [Emotional Stress. Psychosomatic and Somatopsychic Disorders in Children]. St. Petersburg, 2005. In Russian.
9. Mendelevich DM, Yakhin KK, ed. [Clinical Questionnaire to Detect and Assess Neurotic Conditions: Guidelines for Interns and Physicians]. Kazan, 1978. In Russian.
10. Kornetov NA. [Depressive Disorders. Diagnosis, Systematics, Semiotics, and Treatment]. Tomsk, 2002. In Russian.
11. Korolenko TsP, Dmitrieva NV. [Personal and Dissociative Disorders: Expanding the Limits of Diagnosis and Therapy]. Novosibirsk, 2006. In Russian.
12. Mendelevich VD. [Clinical and Medical Psychology]. Moscow, 1998. In Russian.
13. Mikhailovsky MV, Sergunin AYu, Udalova IG, et al. [Clinical and radiological characteristics of patients with idiopathic scoliosis in a specialized department of spine pathology]. Hir Pozvonoc. 2012;(2):44–49. In Russian.
14. Mikhailovsky MV, Fomichev NG. [Surgery of Spinal Deformities]. Novosibirsk, 2011. In Russian.
15. Novikov VV, Novikova MV, Tsvetovskiy SB, et al. [Prevention of neurological complications in correction surgery for severe spinal deformities]. Hir Pozvonoc. 2011;3:66–76. In Russian.
16. Norkin IA, Zaretskov VV, Zueva DP. [Psychophysiological status in children and adolescents with scoliosis and its peculiarities in postoperative period]. Traumatology and Orthopaedics of the 21st Century. Proceedings of the 8th Congress of traumatologists and orthopedists of Russia. Samara, 2006:944–945. In Russian.
17. Norkin IA, Shemyatenkov VN, Zaretskov VV, et al. [Peculiarities of psychophysiology of children and adolescents with scoliosis at different stages of treatment]. Hir Pozvonoc. 2006;(4):8–12. In Russian.
18. Pavlenko SS, Fomin GI, Torgashev MN. [Prevalence of depressive symptoms in persons with a chronic low back pain]. Hir Pozvonoc. 2004;(4):74–78. In Russian.
19. Poltorakova EB, Aleksandrova NL, Mikhailovsky MV, et al. [Gender socialization of female adolescents with scoliosis]. Hir Pozvonoc. 2007;(4):21–25. In Russian.
20. Pyatakova GV, Vissarionov SV. [Personality features of adolescents with severe spinal deformity]. Hir Pozvonoc. 2008;(3):33–39. In Russian.
21. Freyd A. [The Ego and the Mechanisms of Defense]. Moscow, 1993. In Russian.
22. Freud Z. [Psychology of the Unconscious]. Moscow, 1989. In Russian.
23. Horney K. [Our Inner Conflicts]. Moscow, 2007. In Russian.
24. Ford CV. The Somatizing Disorders: Illness as a Way of Life. N. Y., 1983.
25. Howard A, Donaldson S, Hedden D, et al. Improvement in quality of life following surgery for adolescent idiopathic scoliosis. Spine. 2007;32:2715–2718.
26. Janis IL. Psychological Stress: Psychoanalytic and Behavioral Studies of Surgical Patients. N. Y., 1974.
27. Titchener JL, Levine M. Surgery as a Human Experience: The Psychodynamic of Surgical Practice. Oxford University Press, 1960.
28. Tones M, Moss N, Polly DW Jr. A review of quality of life and psychosocial issues in scoliosis. Spine. 2006;31:3027–3038.

Адрес для переписки:

Михайловский Михаил Витальевич
630091, Новосибирск, ул. Фрунзе, 17,
НИИТО,
MMikhailovsky@niito.ru

Статья поступила в редакцию 06.12.2012

И.С. Киметова, психолог; Н.Л. Александрова, врач-психотерапевт; М.В. Михайловский, д-р мед. наук, проф., Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна.

I.S. Kimetova, MD; N.L. Aleksandrova, MD; M.V. Mikbailovsky, MD, DMSc, Prof., Novosibirsk Research Institute of Traumatology and Orthopaedics n.a. Ya.L. Tsviyana.