

DOI: 10.21626/j-chr/2020-4(25)/4

Психологические науки

УДК: 615.851:616.717/.718-089.873-009.7

Психокоррекция фантомно-болевого синдрома у пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями костей конечностей, после ампутации.

© *Е.Г. Бортникова, К.О. Кондратьева, А.Ю. Шевцова*

27

ФГБОУ ВО РГПУ им. А. И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия
E-mail: bortnik_78@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Ампутация конечности неизбежно ведет к психологическому, физическому и социальному дискомфорту. Одна из актуальных проблем данного состояния – это фантомно-болевого синдром (ФБС). Изучение ФБС имеет давнюю историю. С каждым годом исследования в этой области достигают все более высокого уровня. Несмотря на это, в мире не существует единой концепции происхождения ФБС. Анализ существующих концепций позволил подготовить комплекс психокорректирующих мероприятий, направленных на уменьшение интенсивности ФБС.

Ключевые слова: фантомно-болевого синдром, ФБС, ампутация, психокорректирующая программа, реабилитация, зеркальная терапия, нервно-мышечная релаксация.

№4 (25) 2020
www.j-chr.com

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ:

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

KURSK STATE MEDICAL UNIVERSITY

X ЮБИЛЕЙНАЯ ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ



Фантомно-болевым синдромом представляет собой наиболее тяжелое проявление нейропатической боли и начинает формироваться уже во время ампутации при пересечении всех нервов конечности – деафферентации, приводящей к перевозбуждению нервных структур, полной дезорганизации естественных механизмов контроля боли и неэффективности всех традиционных анальгетических средств [5; 4; 2]. Разные проявления фантомно-болевого у онкологических больных наблюдаются с высокой частотой: фантомная боль – 47,7%, фантомные сенсорные расстройства – 90,7%, боль в культе – 32% и сочетаются с психологическими нарушениями, т.е. ампутация по онкологическим показаниям является фактором повышенного риска фантомно-болевого синдрома [5].

На сегодняшний день существует две основные концепции ФБС. Одной из них является концепция В.С. Рамачандрана, в сенсорной коре остается нейронная карта конечности с отсутствием поступающей информации, «свободную» часть занимают ближайшие участки, в результате нейроны начинают обрабатывать информацию, поступающую непосредственно от другого органа, и проецировать эти ощущения на фантомную конечность [6].

Р.И. Меерович указывает, расстройства «схемы тела» появляются исключительно в условиях нарушенного сознания или аффективного нарушения, например, при депрессии [3]. У пациентов онкологического профиля эмоциональные нарушения вследствие стигматизации диагноза «рак» являются весьма распространенными, в том числе, усиливающими ФБС [1; 2].

Таким образом, психокоррекционная программа включает два направления:

во-первых – улучшение эмоционального состояния пациентов с помощью нервно-мышечной релаксации, во-вторых – коррекцию ощущений с помощью зеркальной терапии (ЗТ).

Предлагается вид нервно-мышечной релаксации с вызовом в теле пациента различных ощущений – тепла, легкости, с наложением ладони пациента на области диафрагм для усиления эффекта: диафрагма малого таза – рука накладывается на низ живота, грудобрюшная диафрагма – на область края реберной дуги, диафрагма верхней апертуры грудной клетки – на область ключиц.

Во время занятий ЗТ перед пациентом ставится зеркало отражающей поверхностью в сторону здоровой руки или ноги, ориентированное таким образом, что пациент видит только свою здоровую конечность и ее отражение в зеркале. Таким образом, возникает зрительная иллюзия того, что больная конечность работает так же хорошо, как здоровая. В случае фантомных конечностей пациента просят представлять движение отсутствующей конечности [6]. Общими правилами для проведения процедуры ЗТ является отсутствие каких-либо дополнительных визуальных раздражителей (в т.ч. на отражающейся в зеркале руке не должно быть часов и колец). Зеркало должно быть достаточно большим, чтобы в нем полностью отражалась здоровая конечность, в то время как пораженная конечность должна быть полностью скрыта. Длительность проведения ЗТ по 10–15 мин два раза в день; каждая процедура проводится не дольше, чем пациенту удается испытывать ощущение (иллюзию) движения больной конечностью как здоровой.

Алгоритм работы:

1. Движения конечностью при наблюдении за отражением в зеркале.

2. Синхронизация с фантомной конечностью.

3. Выравнивание положения фантомной конечности.

4. Выполнение движений фантомной конечностью и здоровой конечностью синхронно при наблюдении за своими действиями в зеркале.

5. Движения конечностью при наблюдении за своими движениями в зеркале.

6. При болях или появлении неприятных ощущений в фантомной конечности: выполнение движений здоровой конечностью при наблюдении за своими движениями в зеркале той частью, где наблюдаются неприятные или болевые ощущения.

7. Выполнение массажных движений – растирание, разминание, при наблюдении в зеркале здоровой конечности.

8. Движения конечностью при наблюдении за своими движениями в зеркале.

Для оценки эффективности психокоррекционной работы были проведены следующие методики: опросник соматических жалоб Е. Александровича, шкала боли (диагностика интенсивности боли проводилась после каждой психокоррекции с помощью аналоговой шкалы боли с цифровым и лицевым сопровождением). Кроме того, проводилась корректурная проба Бурдона, с целью определения функционального состояния центральной нервной системы пациентов.

Описание клинического случая.

Пациентка, 59 лет, в январе 2019

года заметила у себя «шишку» в области тыльной поверхности правой стопы. К врачу обращалась по месту регистрации, назначено обследование и оперативное вмешательство. Состояние не улучшалось. В феврале 2020 года верифицировано злокачественное новообразование тыльной поверхности стопы. В марте 2020 года проведена ампутация нижней конечности до уровня верхней трети голени.

До операции пациентка предъявляла жалобы на боли тянущего характера в области стопы. После операции со слов пациентки появились «непонятные ощущения на месте прежних пальцев, иногда боли, больше ночью».

Для формирования программы коррекции фантомного болевого синдрома пациентка была обследована психодиагностическими методами. С целью выявления особенностей актуального психического состояния был использован «Симптоматический опросник Александровича», оценка внимания и его свойств осуществлялась с помощью «Корректурной пробы Бурдона», оценка динамики болевого синдрома регистрировалась с помощью «Визуальной аналоговой шкалы».

По результатам анализа «Симптоматического опросника Александровича» у пациентки до психологической коррекции (КПТ) на передний план выступали реакции неврастенического характера, а после – ипохондрические реакции. При этом отмечается снижение показателей неврастенических (на 32,1%) и депрессивных реакций (на 20%), нарушений сна (на 18,2%) (см. рис. 1).

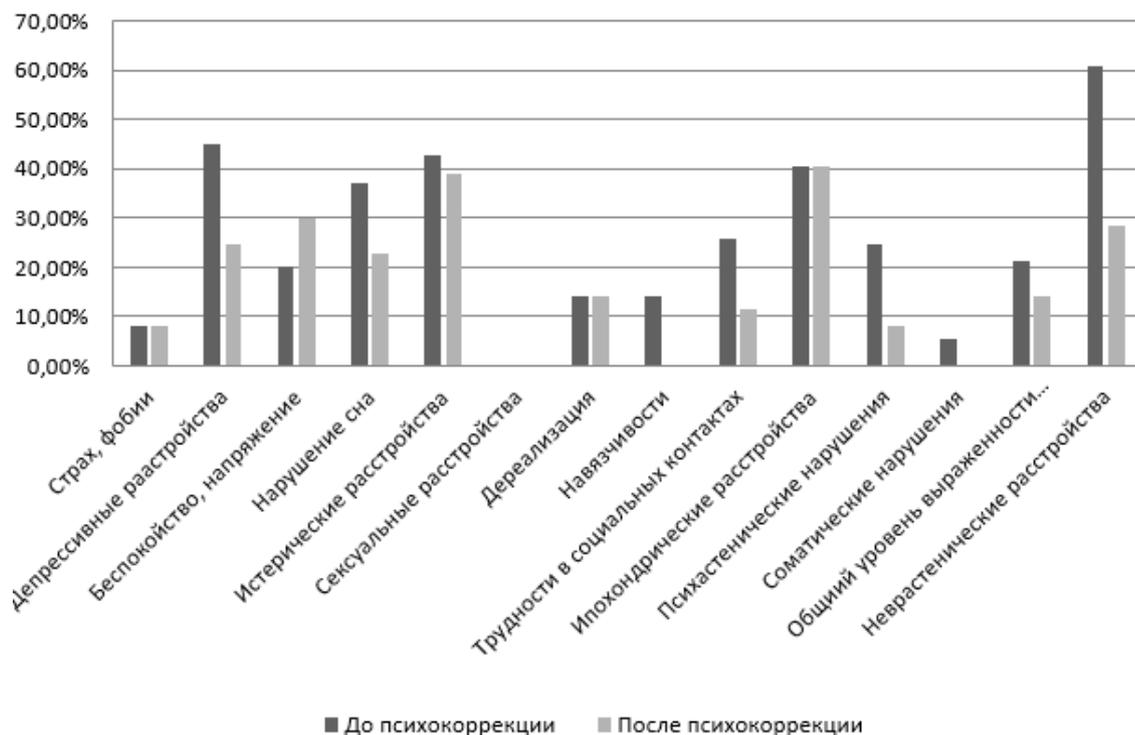


Рис.1. Психические реакции пациентки до и после психологической коррекции

По результатам диагностики внимания отмечается повышение его устойчивости после проведенных психокоррекционных мероприятий, что отражается в снижении времени выполнения методики «Корректирующей пробы Бурдона» с 4'51" (1 ошибка) до 4'16" (0 ошибок). Анализ результатов по «Визуальной аналоговой шкале» позволяет говорить о снижении фантомного болевого синдрома после психокоррекционных мероприятий с 6 баллов («сильная боль») до 1 балла («умеренная боль»). По результатам проведенной психологической коррекции, зеркальной терапии и нервно-мышечной релаксации пациентка отметила уменьшение фантомных болей, улучшение ночного сна. В результате проведенной программы коррекции фантомного

болевого синдрома отмечены следующие изменения:

1. Снижение показателей по шкале депрессивного расстройства на 20,40%;
2. Снижение показателей по шкале нарушения сна на 14,20%;
3. Снижение показателей по шкале истерического расстройства на 4,10%;
4. Снижение показателей по шкале навязчивости с 14,30% до 0%;
5. Снижение показателей по шкале трудности в социальных контактах на 14,30%;
6. Снижение показателей по шкале психастенические нарушения на 16,30%;
7. Снижение показателей по шкале соматических нарушений с 5,30% до 0%;
8. Снижение показателей по шкале неврастенического расстройства на 32,10%;

9. Снижение показателей по самочувствия пациентки, шкале общего уровня выраженности улучшающие процессы социальной и невротических расстройств на 32,10%; психической адаптации. На основании

10. Такие шкалы как дереализация, приведенных данных можно говорить о том, что комплексная программа сексуальные расстройства, страхи и фобии остались неизменными (дереализация – психологической коррекции фантомного 14,30%; страхи и фобии – 0%; сексуальные болевого синдрома, включающая расстройства – 0%); психокоррекционные мероприятия,

II. Обращает на себя внимание зеркальную терапию и нервно-мышечную увеличение показателей по шкале релаксацию, может быть эффективна для беспокойство и напряжение на 10,0% пациентов после ампутации конечностей

в раннем послеоперационном периоде. Таким образом, выявлены значительные изменения субъективного

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляев А. М. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. / А.М. Беляев, Чулкова В. А., Семиглазова Т. Ю / Ред. М.В. Рогачев. – СПб: Любавич, 2017. – 352 с.

2. Гнездилов А.В. Диагностика и лечение фантомного и вертеброгенного болевых синдромов. Дис. д-ра мед. наук М. 1999. – 22 с.

3. Меерович Р. И., Расстройства «Схемы тела» при психических заболеваниях / Проф. Р. И. Меерович, д-р мед. наук; [Предисл. Р. Голант, с. 3-4]; М-во здравоохранения РСФСР. Ленингр. сан.-гигиен. мед. ин-т. Психиатрическая клиника. – Ленинград : тип. ЛенВО, 1948. – 308 с.

4. Hansson P.T. Neuropathic pain: definition, diagnostic criteria, clinical phenomenology and differential diagnostic issues. Pain 2008 – in Updated Review. Eds. Castro-Lopes J., Raja S., Schmelz M. IASP Press. Seattle 2008; 249-268.

5. Probstner D., Thuler L.C.S., Ishikawa N.M., Alvarenga R.M.P. Phantom limb phenomena in cancer amputees. Pain Practice 2010; 10(3): 249-256.

6. Ramachandran V.S. Plasticity and functional recovery in neurology / V.S. Ramachandran // Clin. Med. – 2005. – Vol. 5. – P. 368-373.

PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF PHANTOM LIMB PAIN IN BONE CANCER PATIENTS AFTER AMPUTATION.

© *Elena G. Bortnikova, Christina O. Kondrateva,
Amalia Yu. Shevtsova*

The Herzen State Pedagogical University of Russia, St. Petersburg, Russia

E-mail: lbortnik_78@mail.ru

Abstract

Amputation of the limb leads to psychological, physical and social discomfort. Phantom limb pain (PLP) is one of the most pressing problems of this condition. The study of PLP has a long history. Every year, research in this area reaches an increasingly high level. Despite this, there is no single concept of the origin of PLP in the world. Analysis of existing concepts made it possible to prepare a set of psycho-corrective measures aimed at reducing the intensity of PLP.

Keywords: phantom limb pain, PLP, amputation, psychological correction, rehabilitation, mirror therapy, neuromuscular relaxation.

REFERENCE

1. Belyaev AM Oncopsychology for oncologists and medical psychologists. / A.M. Belyaev, Chulkova V.A., Semiglazova T. Yu / Ed. M.V. Rogachev. - SPb: Lyubavich, 2017. -- 352 p.
2. Gnezdilov A.V. Diagnostics and treatment of phantom and vertebral pain syndromes. Dis. Dr. med. Sciences M. 1999. -- 22 p.
3. Meerovich R.I. "Body Scheme" Disorders in Mental Illness / Prof. R.I. Meerovich, Dr. med. sciences; [Preface. R. Golant, p. 3-4]; Ministry of Public Health of the RSFSR. Leningrad. san.-hygiene. honey. in-t. Residential psychiatric facility. - Leningrad: type. LenVO, 1948. -308 p.
4. Hansson P.T. Neuropathic pain: definition, diagnostic criteria, clinical phenomenology and differential diagnostic issues. Pain 2008 - in Updated Review. Eds. Castro-Lopes J., Raja S., Schmelz M. IASP Press. Seattle 2008; 249-268.
5. Probstner D., Thuler L.C.S., Ishikawa N.M., Alvarenga R.M.P. Phantom limb phenomena in cancer amputees. Pain Practice 2010; 10 (3): 249-256.
6. Ramachandran V.S. Plasticity and functional recovery in neurology / V.S. Ramachandran // Clin. Med. - 2005. - Vol. 5. - P. 368-373.