В.Н. Кожевников, К.С. Карташова*

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

Одной из наиболее сложных и актуальных проблем медицины и клинической психологии является большая распространенность среди трудоспособного населения вертеброневрологических синдромов, нередко приводящих не только к снижению качества жизни пациента, но и тяжелой инвалидизации.

Остеохондроз – дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника, проявляющееся рядом различных по патогенезу и клиническим симптомам синдромов (компрессионно-ишемическим, рефлекторным и т.д.) и характеризующееся хронически-рецидивирующим течением. Изучение остеохондроза позвоночника с позиции биопсихосоциального подхода [1] выявило высокую психосоматическую корреляцию между проявлениями заболевания и психологическим состоянием человека [2]. Разнообразные психические факторы - от психологических регуляторов координации деятельности мышц позвоночника (Попелянский Я.Ю., 1993) до личностных особенностей, снижающих фрустрационную устойчивость (Григорьева В.Н., 1997), и психопатологических нарушений, сопровождающих хронический болевой синдром (Романенко И.В. 1996, Maxwell T.D., Gatchel R.J., Mayer T.G., 1998), - определяют этиопатогенез данного заболевания и стойкость лечебного эффекта.

Доказано, что основной клинический диагностический симптом остеохондроза - мышечно-болевой синдром имеет сложный двоякий генез: вертеброгенный и психогенный (Менделевич Е.Г., 1993): нарушение соотношения психического и физического тонуса запускает через активизацию миофасциальных триггерных точек локальный спазм мышц спины. Напряженные мышцы «формируют» неадекватный двигательный стереотип и затрудняют питание межпозвоночных дисков, в результате чего в них возникают и прогрессируют дегенеративно-дистрофические изменения.

Однако до сих пор малоизученным остается вопрос о связи психоэмоциональной дезадаптации и разнообразных клинических проявлений остеохондроза позвоночника. В связи с этим целью нашего исследования было изучение психологических особенностей у больных остеохондрозом с острым (впервые возникший болевой синдром) и хронически рецидивирующим течением заболевания.

Исследование проводилось в неврологическом отделении Железнодорожной больницы г. Красноярска. В нем приняли участие 45 человек в возрасте от 19 до 67 лет.

Исследование психологических особенностей проводилось с помощью методик: «MMPI» [3], Томского опросника ригидности Г.В. Залевского (ТОРЗ) [4], методики «Уровень невротизации» [5], «Опросника невротических расстройств» [6].

В ходе анализа результатов психологического исследования были выявлены группы характеристик, общие для всех больных, и особенности, специфичные для определенного типа течения остеохондроза.

По результатам методики «MMPI» у всех больных остеохондрозом позвоночника выявлена ориентация на соблюдение социальных норм (повышение показателей по 1 шкале «невротического сверхконтроля» до 71 Т-балла), наряду с тенденцией к стеничному отстаиванию собственной активной позиции (повышение или понижение значений по 9 шкале «оптимистичности»). У 34 человек в личностном профиле присутствует «конверсионная пятерка», что характерно для психосоматической клиники и отражает перевод эмоционального напряжения в соматические расстройства.

Личностные профили больных с впервые возникшими проявлениями остеохондроза располагаются в рамках нормативного разброса по шкалам: с низкими значениями 6 - «ригидность», 3 - «эмоциональная лабильность» и 7 - «тревожность»; высокими 9 - «оптимистичность» (рис. 1). Активная личностная позиция, высокая поисковая активность, ориентация на достижения и гиперкомпенсаторная установка агрессивных личностей на подчеркивание миролюбия сочетаются у этих больных с сознательно блокируемой выраженной эмоциональной нестабильностью и тревожностью.

У больных с хронически-рецидивирующим течением остеохондроза выявлено повышение значений одновременно по трем и более шкалам (рис. 1). Повышение по 3-й шкале «эмоциональной лабильности» (в диапазоне 62-69 Т-баллов) указывает на неустойчивость эмоций, конфликтное сочетание разнонаправленных поведенческих тенденций. Трудности гибкого приспособления к окружающему миру (значения по 6-й шкале «ригидности» располагаются в диапазоне 61-72 Т-баллов) сопровождаются у этих больных ярко выраженным стремлением к зависимости и избеганию неуспеха (повышение значений по 2-й шкале «пессимистичности» в диапазоне 62-69 Т-баллов), активному контролю своего поведения и соответствию социальным нормам (у 13 человек значения первой шкалы «невротического сверхконтроля» находятся в диапазоне 61-71 Т-балл). При таком смешанном типе реагирования неустойчивость эмоций сочетается с трудностями переключения, высокий уровень притязаний - с потребностью в зависимости и сдержанности, эгоистичность – с альтруизмом, агрессивность - со стремлением нравиться.

---

* © В.Н. Кожевников, К.С. Карташова, Красноярский государственный университет, 2006.

Рис. 1.Усредненные психологические показатели у больных остеохондрозом по данным MMPI

По результатам методики «Уровень невротизации» для больных с впервые возникшими проявлениями остеохондроза характерен низкий уровень невротизации (эмоциональная устойчивость и положительный фон переживаний, инициативность, оптимизм, социальная смелость и независимость формируют хорошую стрессоустойчивость). В группе больных с хронически-рецидивирующим течением остеохондроза выявлен высокий уровень невротизации: повышенная тревожность, раздражительность, легкая фрустрируемость, чувство собственной неполноценности, затрудненность в общении, социальная робость и зависимость и, в итоге, дезадаптированность в общесоциальном плане.

По результатам методики ТОРЗ для всех больных остеохондрозом позвоночника характерен широкий спектр фиксированных форм поведения, проявляющихся особенно ярко в состоянии стресса, страха, болезни (значительно повышены значения по шкалам «симптомокомплекс ригидности» и «ригидность как состояние»).

По результатам методики «Опросник невротических расстройств» для всех больных остеохондрозом характерны широкий спектр невротических расстройств (высокие значения по шкалам «степень ухудшения общего самочувствия», «нарушения общей чувствительности», «психическая истощаемость», «нарушения сна», «повышенная возбудимость», «пониженная работоспособность», «расстройства в сфере пищеварения», «расстройства сердечно-сосудистой деятельности», «нарушения моторики») и тенденция к подавлению социально нежелательных психологических качеств (значения ниже нормы по шкалам «неуверенность в себе», «познавательная и социальная пассивность», «невротический сверхконтроль поведения», «аффективная неустойчивость»).

Таким образом, по результатам психологической диагностики для больных остеохондрозом позвоночника характерен неадекватный способ реагирования на стресс в форме разнонаправленных поведенческих реакций, гиперсоциальности, избыточного контроля поведения и трудностей эмоционального реагирования. Хроническая тревожность, сниженный фон настроения, обостренное переживание сложных социальных ситуаций и жизненных неудач приводят к появлению у этих больных отдельных акцентуаций характера и становлению ригидного типа личности (с характерными чертами физической и психической скованности, трудностями установления теплых доверительных отношений, постоянным повышенным самоконтролем, консерватизмом во взглядах, эгоцентричностью и чувством неполноценности). Такое состояние неблагополучия усугубляет не только тяжесть неврологической патологии, но и социальную дезадаптацию больных остеохондрозом позвоночника.

Заключение

Итак в основе этиопатогенеза остеохондроза позвоночника лежат неадекватные психологические механизмы переработки стресса, приводящие через эмоционально-эндокринные нарушения, невротические расстройства, механизмы психической ригидности и акцентуации личностных черт к хронизации патологических изменений в позвоночнике и нарастанию личностной и социальной дезадаптации у этих больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Березин Е.В. Психологические механизмы психосоматических заболеваний / Ф. Б. Березин, Е. В. Безносюк, Е. Д. Соколова // Рус. мед. журн. – 1998. – № 2. – С. 43-49.
2. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология/В.Д. Менделевич. – М.: Медпресс-информ, 2005. – 432 с.
3. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ / Л. Н. Собчик. – СПб.: Речь, 2002. – 219 с.
4. Залевский Г.В. Психическая ригидность в норме и патологии / Г. В. Залевский. – Томск: Изд-во Томского университета, 1993. – 272 с.
5. Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (УН): методические рекомендации / Б.В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс. – СПб.: Психоневрологический институт В. М. Бехтерева. Лаборатория клинической психологии, 1999. – 34 с.
6. Вассерман Л.И. Психодиагностическая методика для определения невротических и неврозоподобных нарушений (ОНР) / Л. И. Вассерман, Б. Д. Карвасарский, В. А. Абабков и др. – СПб. : Психоневрологический институт В. М. Бехтерева. Лаборатория клинической психологии, 1998. – 38 с.