

КАРТАШОВА КСЕНИЯ СЕРГЕЕВНА

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ
ФАКТОРЫ ПАТОГЕНЕЗА И КЛИНИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ
ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА С РАЗЛИЧНОЙ
ЛАТЕРАЛИЗАЦИЕЙ БОЛЕВОГО СИНДРОМА**

19.00.04 – Медицинская психология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Красноярск 2008

Работа выполнена на кафедре клинической психологии
Института педагогики, психологии и социологии
ФГОУ ВПО «Сибирский федеральный университет»

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность

Широкая распространенность вертеброневрологической патологии, занимающей четвертое место среди всех заболеваний, приводящих к временной утрате трудоспособности и снижению качества жизни больного, является одной из наиболее значимых современных медицинских и социальных проблем (Голод М.С. и соавт., 1997; Лившиц Л.Я. и соавт., 1997; Павленко С.С., 1998; Яхно Н.Н., Богачева Л.А., 1999; Кузнецов Ф.Б., 2004; Попелянский Я.Ю., 2006; Baker P.J., 1999; Nachemson A., Jonsson E., 2000; Union S. J., Ryberg M., 2001; Ehrlich G.E., 2003).

В связи с этим актуально всестороннее изучение вертеброневрологической патологии и ее наиболее распространенной формы – остеохондроза позвоночника (ОХП) – с методологических и научно-практических позиций клинической психологии, позволяющих учесть роль биологических, психологических, социальных и духовных аспектов в этиологии и патогенезе заболевания, оценить адаптацию и саморегуляцию личности (Кабанов М.М., 1998; Богомаз С.А., 1999; Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., 1999; Крылов В.И., 1999; Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н., 1999; Незнанов Н.Г., Крылов В.И., 2000; Кулаков С.А., 2003; Хитров Н.К., Салтыков А.Б., 2003; Семке В.Я., Епанчинцева Е.М., 2005; Менделевич В.Д., 2005; Стоянова И.Я., 2006; Залевский Г.В., 2004, 2006, 2007; Engel G.L., 1980; Strong J., Ashton R., Stewart A., 1994; Truchon M., Pillion L., 2000; Suls J., Rothman A., 2004; Zalevsky H.V., Galazhinsky E.V., Bokhan T.G., 2004).

На сегодняшний день изучение остеохондроза позвоночника показывает, что индивидуально-личностные особенности, стрессовые факторы, психогенные расстройства могут играть значимую роль в возникновении, течении и хронизации неврологических проявлений ОХП и латерализации болей в спине (Бернадский Ю.А., 1969; Клейменов В.Н., 1989; Григорьева В.Н., 1998; Вейн А.М. и соавт., 2001; Григорьева В.Н., 2002; Подчуфарова Е.В., и соавт., 2003; Демакина О.В., 2005; Попелянский Я.Ю., 2006; Gatchel R.J., et. al., 1995, 1999; Wright D., et. al., 1995; Sikorski J.M., Stampfer H.G., Cole R.M., 1996; Price D.D., 1999; Truchon M., Pillion L., 2000; Carrol L.J., et. al., 2004).

Невротическая симптоматика, обусловленная преморбидными личностными особенностями, интрапсихическими конфликтами, выраженной психической ригидностью может выступать при остеохондрозе позвоночника: как предрасполагающий этиологический фактор; как психогенное расстройство, осложняющее и утяжеляющее течение данного заболевания; как звено психосоматического варианта патогенеза вертеброневрологической патологии (Миненков В.А., 1984; Лисина М.А., 1990; Попелянский Я.Ю., 1992; Сукиасян С.Г., Манасян Н.Г., Чшмаритян С.С., 2001; Шаркова С.В., Семке В.Я., 2001; Александровский Ю.А., Яхно Н.Н., Аведисова А.С., 2003; Петрова Н.Н., и соавт.,

- Научный руководитель:** доктор медицинских наук
Кожевников Вадим Николаевич
- Официальные оппоненты:** доктор психологических наук, профессор
Богомаз Сергей Александрович,
кандидат психологических наук
Шелехов Игорь Львович
- Ведущая организация:** Сургутский государственный университет

Защита состоится 18 декабря 2008 г. в 13.00 ч. на заседании диссертационного совета Д. 212.267.16 Томского государственного университета по адресу: 634050, г. Томск, пр. Ленина, 36.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Томского государственного университета (634050, г. Томск, пр. Ленина, 34а)

Автореферат разослан « » ноября 2008 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета:
кандидат психологических наук, доцент

Т.Г. Бохан

2006; Dickens C., Jayson M., Sutton C., Creed F., 2000; Sullivan M.D., Turk D.C., 2001). Психовегетативные расстройства и выраженная устойчивая межполушарная асимметрия, сопровождающие невротические и неврозоподобные расстройства, нарушают церебральную регуляцию телесных функций (Вейн А.М., 1998; Петров К.Б., и соавт., 1998; Кроткова О.А., и соавт., 2002; Проценко В.Н., 2002; Семке В.Я., 2004; Кожевников В.Н., Кожевникова Т.А., Алдонин Г.М., 2006; Кожевников В.Н., 2006; Civardi C., Cavalli A., et. al., 2000) и, сенсibiliзируя организм, могут способствовать формированию и хронизации болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника на левой или правой стороне тела.

Изучению патогенетических закономерностей формирования болевого синдрома на одной из сторон тела посвящены немногочисленные исследования, доказывающие, что в латерализации боли при некоторых заболеваниях (мигрени, артрите, мочекаменной болезни, гинекологической патологии) участвуют различные психологические и психофизиологические факторы, такие как: тревожность, сенситивность, зависимость, дисрегуляция правого полушария головного мозга (Рябус М.В., Колосова О.А., 1991; Ампилова Н.В., Анацкая Л.Н., 1992; Вейн А.М., и соавт., 1993; Смусин А.Я., и соавт., 2001; Ткаченко Е.В., 2004; Walker S.F., 1980; Benedittis M., 1989; Bouget Y., Boismare F., Payenneville G., 1989; Procacci P., Zoppi M., Mareska M., 1989; Schoenen J., et. al., 1991; Bonaiuti D., et. al., 2002).

При этом остается открытым вопрос о патогенетической роли психологических и психофизиологических характеристик, невротических расстройств в латерализации болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника. Изучение этой темы позволит расширить понимание психологических и психофизиологических факторов патогенеза и клинической динамики остеохондроза позвоночника.

Цель исследования: выявление психологических и психофизиологических факторов патогенеза и клинической динамики остеохондроза позвоночника с различной латерализацией болевого синдрома.

Задачи исследования:

1. Определить психологические, психофизиологические особенности больных остеохондрозом позвоночника с различной латерализацией болевого синдрома.
2. Установить взаимосвязь психологических, психофизиологических особенностей больных с характеристиками клинической динамики остеохондроза позвоночника в зависимости от латерализации болевого синдрома.
3. Определить значение психологических, психофизиологических особенностей больных как факторов патогенеза и клинической динамики остеохондроза позвоночника с различной латерализацией болевого синдрома.

Объект исследования: психологический и психофизиологический аспекты патогенеза и клинической динамики остеохондроза позвоночника.

Предмет исследования: психологические и психофизиологические факторы патогенеза и клинической динамики остеохондроза позвоночника с различной латерализацией болевого синдрома.

Гипотеза: психологические и психофизиологические факторы обуславливают патогенез и клиническую динамику остеохондроза позвоночника в зависимости от латерализации болевого синдрома.

Методологической основой данного исследования явились:

- структурно-уровневый подход к изучению личности, поведения в клинической психологии (Роговин М.С., 1979, 1988; Залевский Г.В., 1988; 1993, 2006);

- интегративная биопсихосоциальная концепция заболеваний, подразумевающая комплексный клинко-психологический подход, учет биологических, психологических и социальных влияний в изучении этиологии и патогенеза заболевания (Незнанов Н.Г., Крылов В.И., 2000; Семке В.Я., Семке А.В., Аксенов М.М., 2002; Менделевич В.Д., 2005; Залевский Г.В., 2006; Engel G.L., 1980; Dowrick C., et. al., 1996; Bartz R., 1999; Novack D.H., 2003; Suls J., Rothman A., 2004);

- концепция психической адаптации и динамической оценки состояния здоровья (Александровский Ю.А., 1976; Меерсон Ф.З., 1981, 1988; Березин Ф.Б., 1988; Бехтерева Н.П., 1988; Барлас Т.В., 1994; Вассерман Л.И., и соавт., 1994; Баевский Р.М., 1997; Сандомирский М.Е., 2001; Крыжановский Г.Н., 2002; Осницкий А.В., 2004; Стоянова И.Я., 2006), согласно которой предполагается наличие взаимосвязи между психофизиологическими, индивидуально-личностными и личностно-средовыми компонентами системы, каждый из которых вносит специфический вклад в общий адаптационный механизм;

- психосоматический подход, в основе которого лежит представление о включенности психологических факторов в большей или меньшей степени в этиопатогенез любого заболевания (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986; Захаржевский В.Б., 1990; Березин Ф.Б., Безносюк Е.В., Соколова Е.Д., 1998; Коркина М.В., Марилев В.В., 1998; Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., 1999; Смулевич А.Б. и соавт., 1999; Дробижев М.Ю., 2000; Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002; Кулаков С.А., 2003; Хитров Н.К., Салтыков А.Б., 2003; Бохан Т.Г., 2005; Малкина-Пых И.Г., 2005; Alexander F., 1950; Uexkuell T., 1986; Suls J., Rothman A., 2004);

- положения о единстве биологических и психосоциальных механизмов в клинко-патогенетической динамике развития невротических и неврозоподобных расстройств (Аксенов М.М., Семке В.Я., Ветлугина Т.П., 2003; Кожевников В.Н. 2006).

Научная новизна исследования

Впервые выявлено, что патогенез остеохондроза позвоночника с левосторонними, правосторонними и двусторонними болевыми синдромами обусловлен различными психологическими и психофизиологическими особенностями. Определены взаимосвязи психологических и психофизиологических факторов с клинической динамикой остеохондроза позвоночника, что подтверждает их участие в хронизации неврологических проявлений остеохондроза позвоночника. Обнаружены достоверные различия по выраженности психогений между больными остеохондрозом с различной латерализацией болевого синдрома и здоровыми лицами, раскрывающие психосоматический характер этиопатогенеза заболевания.

Получены новые данные, указывающие на нарастание психической дезадаптации у больных ОХП с латерализованными болевыми синдромами - последовательно от левостороннего болевого синдрома к правостороннему и двустороннему увеличиваются значения по показателям: пассивность, неуверенность в себе, аффективная неустойчивость, парасимпатическая активность; снижается выраженность: тревожности, ухудшения общего самочувствия, омега-потенциала правого полушария, симпатической регуляции, индекса напряжения регуляторных систем.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что полученные данные о психологических и психофизиологических факторах патогенеза остеохондроза позвоночника с различной латерализацией болевого синдрома дополняют и расширяют существующие теоретические представления о возникновении и течении данного заболевания, позволяют предположить психосоматический вариант развития вертеброневрологических нарушений.

Практическая значимость. Выявленные патогенетические психологические и психофизиологические факторы дают теоретическую методическую основу для формирования психологами и психотерапевтами дифференцированных лечебных и психопрофилактических программ для больных остеохондрозом позвоночника с различной латерализацией болевого синдрома. Реализация таких программ позволит существенно улучшить качество психолого-медико-социальной помощи этим больным и повысит достоверность оценки эффективности реабилитационных мероприятий. Объективная информация о различиях психологических и психофизиологических особенностей больных остеохондрозом позвоночника с левосторонней, правосторонней, двусторонней болью, полученная в ходе проведенного исследования, используется в диагностической и реабилитационной практике медицинских учреждений вертеброневрологического профиля г. Красноярска.

Положения, выносимые на защиту:

1. Больные остеохондрозом позвоночника с левосторонней, правосторонней и двусторонней латерализацией боли значимо различаются психологическими, психофизиологическими особенностями и их выраженностью.
2. Клиническая динамика остеохондроза позвоночника в зависимости от латерализации болевого синдрома обусловлена различными психологическими и психофизиологическими особенностями.
3. Важнейшим фактором патогенеза остеохондроза позвоночника с болевыми синдромами различной латерализации является паттерн взаимосвязанных психологических и психофизиологических характеристик: тревожности, аффективной напряженности, повышенной возбудимости, эмоциональной неустойчивости, ригидности, неуверенности в себе, ипохондрических расстройств, нарушений социальной адаптации, омега-потенциала правого полушария, омега-потенциала левого полушария, мощности медленных волн первого порядка, мощности дыхательных волн.

Достоверность результатов и выводов исследования обеспечивается непротиворечивостью методологических позиций; достаточным объемом и репрезентативностью выборки; использованием комплекса апробированных, валидных и патентованных методов, адекватных цели и задачам исследования; применением методов математической статистики; содержательным анализом выявленных фактов и закономерностей и их соотношением с литературными данными.

Апробация и внедрение результатов исследования осуществлялись в образовательном процессе, на научно-практических конференциях и семинарах в Институте педагогики, психологии и социологии (ИППС) Сибирского федерального университета (СФУ) г. Красноярска (2004-2007 гг.), во 2-й поликлинике СФУ (2005-2006 гг.), в работе неврологического отделения Дорожной больницы станции Красноярск (2004-2006 гг.), в клинике вертебрылогии доктора Савяка (2006-2007 гг.). Данные представленного исследования отражены в дипломной работе (2005 г.), в 14 публикациях: в материалах научной конференции молодых ученых и студентов (КрасГУ, Красноярск, 2004, 2005, 2006 гг.), межрегиональной конференции «Психотерапия, символдрама, психоанализ, практическая и клиническая психология в здравоохранении, образовании, социальной работе. Проблемы взаимодействия и пути решения» (Новокузнецк, 2005 г.), конференции «Стресс, эмоции и патология: биопсихосоциальный подход» (СибГМУ, Томск, 2006 г.), межрегиональной конференции «Клиническая психология и психотерапия: парадигмы, концепции, инструментарий в контексте актуальных проблем развития психологии в информационном обществе» (Сургут, 2006 г.), материалах международной Пироговской научной медицинской конференции (Москва, 2006 г.), материалах международной конференции «Психоневрология в современном мире»

(Санкт-Петербург, 2007 г.), в журналах: «Вестник Красноярского государственного университета» (Красноярск, 2006 г.), «Сибирский вестник психиатрии и наркологии» (Томск, 2008 г.), «Сибирский психологический журнал» (Томск, 2008 г.); по материалам диссертационного исследования на кафедре клинической психологии ИППС СФУ выполнено 5 дипломных работ.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, трех глав, обсуждения, выводов, списка использованной литературы (362 источника, из них 109 на иностранном языке). Текст диссертации изложен на 136 страницах (без списка литературы и приложения), иллюстрирован 5 рисунками, 17 таблицами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении представлена актуальность темы диссертационного исследования, определены цели, задачи и гипотеза исследования, обозначены объект и предмет исследования, научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, положения, выносимые на защиту.

Первая глава «Современные представления о роли психологических и психофизиологических факторов в патогенезе и клинической динамике остеохондроза позвоночника» включает обзор теоретических подходов и современных научных исследований, посвященных изучению психогенной природы остеохондроза позвоночника и патогенетической значимости психофизиологической дезадаптации в течении и латерализации болевого синдрома при ОХП.

В **первом разделе** приведены данные о распространенности и клинической картине остеохондроза позвоночника, рассмотрены концепции и подходы, раскрывающие ведущую роль психологического фактора в этиопатогенезе ОХП. В качестве факторов, патогенетически значимых для формирования остеохондроза позвоночника, авторы, в первую очередь, рассматривают психический преморбид и психологические особенности: снижение речедвигательной активности и пластичности мышления, нарушение антиципационной психической деятельности, наличие множества внутриличностных конфликтов, снижение способности психической переработки ситуации и повышенное восприятие телесных ощущений (соматизация аффекта), стремление к подавлению внешних проявлений отрицательных эмоций, повышенную тревожность, алекситимию, повышенную потребность в зависимости (Бернадский Ю.А., 1969; Миненков В.А., 1973; Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986; Менделевич Е.Г., 1993; Григорьева В.Н., 1998, 2004; Михайлова С.Н., 2004; Демакина О.В., 2005; Бабурин И.Н., 2006). Не менее значимой, по мнению некоторых авторов, является роль психогений и выраженной психоэмоциональной дезадаптации в патогенезе ОХП (Бернадский Ю.А., 1969; Подчуфарова Е.В. и соавт.,

2003; Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш., 2005; Ласовская Т.Ю., Брост Е.П., Джулай Л.В., 2005; McCracken L.M., Gross R.T., Aikens J., et al. 1993; Gatchel R.J., et. al., 1995, 1999; Ciccone D.S., Just N., Bandilla E.B., 1999; Geisser M.E., et al., 2000; Stein D., et al., 2002). Описанные в ряде работ изменения психологических факторов, сопоставимые с клинической динамикой заболевания, позволяют рассматривать патогенез остеохондроза позвоночника с позиции психосоматического подхода: в ситуации психологического стресса активизируется симпатоадреналовая система, что проявляется повышением тонуса скелетной мускулатуры, снижением периферического кровообращения и другими изменениями, способствующими локальной ишемии, формированию болевого синдрома и неврологических проявлений, которые, в свою очередь, вызывают генерализованные реакции организма с изменением надсегментарной регуляции и нейродинамики головного мозга (Бернадский Ю.А., 1969; Клейменов В.Н., 1989; Коркина М.В., Марилова В.В., 1998; Подчуфарова Е.В., и соавт., 2003; Петров К.Б., и соавт., 1997; Gatchel R.J., et. al. 1995). Однако конкретное значение и характер психологических и психофизиологических факторов в преддебютном периоде и непосредственно развитии клинической картины ОХП не раскрыты, что затрудняет определение психосоматических и соматопсихических звеньев патогенеза данной патологии. Соответственно актуальным является поиск психических характеристик, предрасполагающих, сенсibiliзирующих организм к дисрегуляции на уровне позвоночного двигательного сегмента и сопровождающих патогенез, а также разработка критериев дифференциации предболезненных и постболезненных типов реагирования.

Второй раздел посвящен анализу роли нервно-психических расстройств, обусловленных психофизиологической дезадаптацией, в этиопатогенезе остеохондроза позвоночника. Определено, что невротическая симптоматика (от астенических и отдельных общевротических симптомов до депрессивных и фобических расстройств) присутствует в патогенезе ОХП независимо от типа вертеброневрологического синдрома, уровня поражения позвоночника, характеристик болевого синдрома (Ампилова Н.В., 1990; Попелянский Я.Ю., 1992; Шаркова С.В., Семке В.Я., 2001; Зайцев В.П., и соавт., 2003; Григорьева В.Н., 2004). Поскольку невротические и невротоподобные расстройства могут выступать и в качестве преморбидной основы заболевания, и как один из ее основных патогенетических факторов, и как соматогенные невротоподобные состояния, возникшие вследствие хронизации патологических неврологических проявлений (Миненков В.А., 1984; Лисина М.А., 1990; Вейн А.М., и соавт., 1998; Сукиасян С.Г., 2001; Шаркова С.В., Семке В.Я., 2001; Александровский Ю.Ю., и соавт., 2003; Воробьева О.В., 2004; Григорьева В.Н., 2004; Петрова Н.Н., 2006; Dickens C. et. al., 2000; Carrol L.J., 2004), актуально исследование пограничных нервно-психических расстройств у больных ОХП как

проявлений дезадаптации, включенных в патогенез и клиническую динамику вертеброневрологической патологии.

В третьем разделе рассматривается связь психологических и психофизиологических факторов с формированием болевого синдрома при ОХП и его латерализацией. Выявлено, что болевой синдром как один из основных симптомов остеохондроза позвоночника имеет смешанный психоорганический характер возникновения и развития (Аверкина Н.А., и соавт., 1999; Аведисова А.С., Протасенко Т.В., 2001; Зайцев В.П., и соавт., 2002; Александровский Ю.А., и соавт., 2003; Подчуфарова Е.В., и соавт., 2003; Тюрина О.Г., 2003; Григорьева В.Н., 2004; Бабурин И.Н., 2006; Turner J.A., Clansy S., 1986; Wade J.B., et al., 1990; Haythornthwaite J.A., et al., 1991; Sikorski J.M., et. al., 1996; Yildiz E., Feliz M., Yuksel V., 1996; Price D.D., 1999). Особое внимание в разделе уделено изучению патопсихофизиологических механизмов асимметрии болевых синдромов (Чубарь А.В., 1983; Колосова О.А., 1991; Ампилова М.В., Анацкая Л.Н., 1992; Вейн А.М., 1993; Романенко И.В., 1996; Аверкина П.А., Филатова Е.Г., 2000; Ткаченко Е.В., 2004; Walker S.F., 1980; Procacci P., 1989; Boguet Y., Boismare F., et. al., 1989, 1994; Willis W.P., Westlund K.N., 1997; Marras W. S., Davis K. G., Heaney C A., et. al., 2000). Определено, что способствующие и реализующие факторы патогенеза ОХП (психологические особенности, характеристики психофизиологических процессов) обуславливают повышение ноцицептивной чувствительности на одной из сторон тела, а патологическая импульсация из пораженного позвоночного двигательного сегмента, проприоцептивных очагов (в частности, триггерных точек мышц), накладываясь на церебральные и вегетативные процессы, распространяется по механизму обратной связи по соответствующим склеротомам в определенные части тела, «замыкая» патологический процесс и формируя клиническую картину заболевания с латерализованным болевым синдромом. При этом открытым остается вопрос определения психологических и психофизиологических различий латерализованных болевых синдромов и прояснения роли межполушарной асимметрии в формировании одно- или двусторонних поражений при остеохондрозе позвоночника, что и обуславливает актуальность нашего исследования.

Вторая глава «Организация, материалы и методы исследования». **Первый раздел** содержит методологическое обоснование научно-исследовательского диагностического подхода в соответствии с целями и задачами исследования.

Второй раздел посвящен организации и характеристике клинического материала исследования. Исследование проводилось с 2003 по 2007 гг. в неврологических отделениях Дорожной больницы станции Красноярск, Красноярской краевой клинической больницы №1, «Клинике вертебрологии доктора Савяка», ЗАО «Энергия» (г. Красноярск). Всего обследовано 222 человека (156 женщин, 140 мужчин) в

возрасте от 18 до 66 лет, из них 148 больных остеохондрозом позвоночника (78 женщин, 70 мужчин, средний возраст - $42,57 \pm 13,37$ года), 74 здоровых испытуемых (39 женщин, 35 мужчин, средний возраст - $43,35 \pm 13,66$ года).

Обследованные больные находились на стационарном лечении и амбулаторном наблюдении. Диагноз выставлялся лечащим врачом на основании обследования и лучевой диагностики (спондилография, рентгеновская компьютерная томография или магнитно-резонансная томография позвоночника). Диагностика болей в спине и конечностях и определение типа латерализации осуществлялась согласно МКБ-10 с использованием рекомендаций отечественных авторов (Билялов М.Ш., Веселовский В.П., Попелянский А.Я., 1980; Веселовский В.П., Хабриев Р.У., 1997; Попелянский Ю.Я., 2005) для уточнения клинических особенностей вертеброневрологической патологии, а именно: типа вертеброневрологического синдрома, типа и характера течения, стадии и этапа заболевания, степени выраженности клинических проявлений.

Все обследованные больные имели согласно истории болезни (формы № 003 «Медицинская карта стационарного больного», № 025 «Медицинская карта амбулаторного больного») диагноз «остеохондроз позвоночника у взрослых» шифр М42.1 и «дорсалгия» шифр М54 (в частности, радикулопатия (М54.1), цервикалгия (М54.2), ишиас (М54.3), люмбалгия с ишиасом (М54.4), люмбалгия (М54.5)) - класс «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» (М00-М99), блок «Дорсопатии» (М40-М54) по МКБ-10. Под термином «дорсопатии» подразумеваются болевые синдромы в области туловища и конечностей невисцеральной этиологии и связанные с дегенеративными заболеваниями позвоночника. Под дорсалгией понимают болевой синдром, обусловленный дистрофическими и функциональными изменениями в тканях опорно-двигательного аппарата (связки, фасции, мышцы, их сухожилия, межпозвоночные диски, дугоотростчатые суставы). Патогенетические механизмы болевых синдромов при дорсопатии и дорсалгии связаны с раздражением ноциорецепторов, расположенных в капсулах суставов, связках, фасциях, мышцах и их сухожилиях, в периосте позвонков (Штульман Д.Р., 2004).

В среднем длительность заболевания у больных ОХП составила $68,39 \pm 11,33$ месяца, длительность последнего обострения - $0,51 \pm 0,04$ месяца, частота возникновения обострений остеохондроза позвоночника за год - $2,72 \pm 0,2$ раза. Больные на момент обследования предъявляли жалобы на: выраженную боль в спине и шее (100 % больных); боль в конечностях (64 %); мышечное напряжение (83 %); дискомфорт при движении (72 %); ограничение подвижности (31 %); чувство усталости в спине (53 %); онемение и нарушение чувствительности в спине и конечностях (49 %). В анамнезе больных не выявлено травм, оперативных вмешательств, инфекций, нарушений конфигурации поз-

воночника; тяжелых психических и сопутствующих соматических заболеваний (вируса иммунодефицита человека, онкологической патологии, острого нарушения мозгового кровообращения, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний). В момент обследования жалобы больными на другие заболевания не предъявлялись.

Исследованная группа больных ОХП по латерализации болевого синдрома распределилась следующим образом: с левосторонним болевым синдромом (ЛСБС) - 52 больных (35,1 %), с правосторонним (ПСБС) - 50 больных (33,8 %), с двусторонним болевым синдромом (ДС) – 46 больных (31,1 %).

Исследование включало: 1) сбор клиничко-психологического анамнеза; 2) клиническую беседу с субъективной оценкой больным выраженности актуального неблагополучия в значимых сферах жизнедеятельности (с использованием перечня психогений, представленных в виде шкал самооценки по типу «Градусник» (Киселев Ю.Я., 1983)); 3) оценку выраженности боли с использованием «Визуальной аналоговой шкалы» (Гнездилов А.В., Кукушкин М.Л., Сыровегин А.В., 1999); проведение стандартизованных психологических методов исследования: 4) «Многостороннего метода исследования личности (ММИЛ)» (Березин Ф.Б., 2002), 5) «Томского опросника ригидности Залевского (ТОРЗ)» (Залевский Г.В., 2000), 6) «Опросника невротических расстройств (ОНР)» (Вассерман Л.И., и соавт., 1998), 7) «Опросника невротических расстройств – симптоматического (ОНР-СИ)» (Вассерман Л.И., и соавт., 1998), 8) «Опросника типа отношения к болезни (ТОБОЛ)» (Вассерман Л.И., и соавт., 2002); проведение психофизиологической диагностики: 9) межполушарной дискретной омегаметрии (Кожевников В.Н., 2004), направленной на измерение величины омега-потенциала (ОП) правого (ПП) и левого (ЛП) полушарий головного мозга, межполушарной асимметрии (МА), 10) метода кардиоритмография (Баевский Р.М., 1998) с целью анализа variability сердечного ритма (амплитуды моды (АМо), вариационного размаха (ВР), индекса напряжения (ИН), мощности в спектре дыхательных волн (ДВ), медленных волн первого порядка (МВ1), медленных волн второго порядка (МВ2)).

В разделах **третьем и четвертом** приводится характеристика психологических и психофизиологических методов исследования.

Результаты исследования были обработаны с использованием статистической программы SPSS 14.0: произведен расчет средних величин измеряемых характеристик (M), ошибки среднего (m); проверка переменных на соответствие законам нормального распределения признаков (по критерию Колмогорова-Смирнова); установление достоверности различий значений переменных по группам с использованием параметрических (Т-критерий для независимых выборок) и непараметрических (U-критерий Манна-Уитни) критериев. Проведен корреляционный анализ (методы Пирсона и Спирмена, точно-

биссерийный и рангово-биссерийный методы) и факторный анализ (метод главных компонент с варимакс-нормализованным вращением) (Наследов А.Д., 2007).

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ

Третья глава «Результаты исследования» включает: сравнение средних значений и корреляционный анализ изученных показателей по группам: здоровых испытуемых и больных остеохондрозом позвоночника (раздел **первый**), больных с различной латерализацией болевого синдрома (разделы **второй, третий, четвертый**), результаты корреляционного анализа клинических характеристик заболевания в группе больных ОХП (**раздел пятый**) и факторного анализа (**раздел шестой**).

По результатам исследования для здоровых испытуемых характерны: активность позиции, высокий уровень жизненного позитива, высокая мотивация достижения, эмоциональная лабильность, уравновешенная социальным контролем поведения, непосредственность в проявлении эмоций и поведении, оптимальное функциональное состояние, эффективная регуляция внутренней среды организма и адаптация к окружающей среде при высоком уровне функциональных резервов.

Личностная структура больных ОХП представлена устойчивыми невротическими чертами ($p < 0,001$): эмоциональной лабильностью ($68,65 \pm 1,38$), ригидностью ($66,49 \pm 1,27$), невротическим «сверхконтролем» поведения ($66,74 \pm 1,03$), индивидуалистичностью ($65,88 \pm 1,17$), пессимистичностью ($63,00 \pm 1,14$), тревожностью ($63,96 \pm 1,24$), формирующими преморбидную «готовность» к искаженному восприятию и оценке стресса и построению поведения по его преодолению в соответствии с имеющимися стереотипами, а не объективными требованиями ситуации (гипостенический стиль реагирования со значимым снижением импульсивности ($41,54 \pm 1,43$) и оптимистичности ($50,93 \pm 1,92$)).

Спецификой психогенного неблагополучия у больных ОХП является разноуровневость стрессоров ($p < 0,001$): наряду со сложными жизненными ситуациями (критические ситуации ($6,28 \pm 0,24$), серьезные жизненные неурядицы ($8,68 \pm 0,11$)); нарушениями межличностных отношений (ссоры и размолвки с близкими ($7,99 \pm 0,11$), неудовлетворительные семейные взаимоотношения ($7,27 \pm 0,17$), неудовлетворительные родственные взаимоотношения ($5,49 \pm 0,22$)); снижением уровня здоровья и настроения (неудовлетворительное самочувствие и состояние здоровья ($8,12 \pm 0,14$), нехватка ощущения здоровья ($7,33 \pm 0,22$), сниженное настроение и недовольство собой ($7,72 \pm 0,14$), постоянные отрицательные эмоции ($7,12 \pm 0,15$)) для больных ОХП значимое психогенное значение имеют препятствия, возникающие на

пути проявления активности и самореализации в поведении и решении проблем (субъективное ощущение невозможности найти решение проблемы ($8,01 \pm 0,12$), фрустрируемая потребность в повышении самостоятельности ($7,10 \pm 0,11$)). Эмоциональный стресс в качестве одной из причин дебюта (обострения) заболевания назвали 73 % больных, а как главный фактор, спровоцировавший симптомы ОХП, – 21 % больных.

Выявленные глубинные и поверхностные психогении, указывают на психоэмоциональный стресс, предшествующий возникновению (или обострению) неврологических проявлений ОХП, а их выраженность, повторяемость и специфичность (акцент на неудовлетворенности самочувствием, состоянием здоровья и семейными взаимоотношениями, сниженном настроении, переживании сложных жизненных ситуаций в сочетании с невозможностью найти решение проблемы и напряженным стремлением к повышению самостоятельности) свидетельствуют о снижении у больных ОХП способности «перерабатывать» тревогу и отрицательные эмоции.

Тесная связь (по данным корреляционного анализа) психогений и вышеперечисленных преморбидных личностных характеристик у больных подчеркивает неэффективность совладающих стратегий и создает основу для анализа патогенеза ОХП как включающего четко очерченное психосоматическое звено. Помимо этого, на соматизацию тревоги также указывает тот факт, что психогении, предшествовавшие заболеванию, оказались напрямую связаны с клинической динамикой остеохондроза позвоночника, а именно: с общей длительностью болезни, длительностью последнего обострения, частотой обострений в год, видом вертеброневрологического синдрома, латерализацией болевого синдрома. Соответственно возникает предположение о ключевой (определяющей) роли значимых психотравмирующих переживаний и типа личности в формировании симптомов заболевания.

По результатам TOP3 у больных ОХП показатели по шкалам: «ригидность как состояние» ($14,88 \pm 0,54$), «симптомокомплекс ригидности» ($144,39 \pm 3,11$), «сенситивная ригидность» ($29,46 \pm 1,35$) «преморбидная ригидность» ($40,16 \pm 1,17$) достоверно отличаются от здоровых ($p < 0,001$), что на фоне выявленной эмоциональной дезадаптации, вызванной противоречивой мотивационной структурой, рассматривается нами как аспект психосоматического реагирования при ОХП и «фиксированного» поведения (Залевский Г.В., 2004).

Спектр невротических нарушений, выявленных у больных ОХП по результатам ОНР и ОНР-СИ, составляют: ипохондричность ($62,64 \pm 1,22$, при $p < 0,001$), тревожно-фобические расстройства ($29,35 \pm 1,33$), ипохондрические расстройства ($23,19 \pm 1,45$, при $p < 0,001$), аффективная напряженность ($20,43 \pm 1,84$), нарушения общей чувствительности ($73,24 \pm 1,65$, при $p < 0,001$), колебания интенсивности жалоб

($70,97 \pm 1,29$, при $p < 0,001$), нарушения сна ($67,26 \pm 1,64$, при $p < 0,001$), сомато-вегетативные расстройства ($31,19 \pm 1,28$, при $p < 0,01$).

Наиболее часто встречающимися типами отношения к болезни у больных ОХП являются сенситивный ($21,15 \pm 1,31$), ипохондрический ($19,93 \pm 1,32$), т.е. они чрезмерно сосредоточены на субъективных болезненных, неприятных ощущениях, преувеличивают тяжесть выявленных и мнимых нарушений, стремятся к повышенному вниманию со стороны медперсонала, озабочены впечатлением, которое произведут сведения о их болезни на окружающих, боятся пренебрежительного отношения, жалости, сплетен.

Психофизиологическое состояние больных ОХП характеризуется преобладанием величины ОП ПП над ОП ЛП при среднем уровне значений ($27,60 \pm 2,74$ и $22,88 \pm 1,68$ соответственно), устойчивым доминированием мощности дыхательных волн в спектре сердечного ритма (ДВ $43,27 \pm 2,12$, ВР $0,89 \pm 0,7$) на фоне снижения индекса напряжения ($35,30 \pm 3,08$).

Таким образом, выявлено, что для больных ОХП характерны эмоциональная лабильность, ригидность, замкнутость, снижение стрессоустойчивости, связанное с психогениями, множественные невротические нарушения, сенситивный и ипохондрический типы отношения к болезни, преобладание парасимпатической регуляции.

Больные с левосторонним, правосторонним и двусторонним болевым синдромом характеризуются различными специфическими психологическими и психофизиологическими особенностями (табл. 1).

Для больных ОХП с ЛСБС характерны: тревожность, возбудимость, актуальная и установочная ригидность, субъективная неудовлетворенность своей жизнью, ухудшение общего самочувствия, сенситивный, неврастенический, эгоцентрический типы отношения к болезни, преобладание активности правого полушария головного мозга и симпатической регуляции.

Для больных ОХП с ПСБС характерны: эмоциональная лабильность, индивидуалистичность, ригидность как черта личности и сенситивная ригидность, нарушения межличностных взаимоотношений, астенические и ипохондрические нарушения, ипохондрический и тревожный типы отношения к болезни, снижение величины омега-потенциала обоих полушарий и симпатической активации.

Для больных ОХП с ДБС характерны: установка на демонстрацию благополучия и соответствия социальным нормам, трудности в рабочей деятельности, преморбидная ригидность, неуверенность в себе, пассивность, тревожно-фобические, ипохондрические и обсессивные расстройства, апатический, сенситивный и паранойяльный типы отношения к болезни, снижение величины омега-потенциала правого полушария, выраженная ваготония.

Таблица 1

Психологические и психофизиологические особенности больных остеохондрозом позвоночника с различной латерализацией болевого синдрома

| Характеристики | Латерализация болевого синдрома у больных остеохондрозом позвоночника | | |
|---|--|---|---|
| | Левосторонняя (n=52) | Правосторонняя (n=50) | Двусторонняя (n=46) |
| Сфера субъективного неблагополучия | Неудовлетворенность всеми значимыми сферами жизнедеятельности | Нарушения межличностных взаимоотношений | Трудности рабочей деятельности |
| Субъективная оценка выраженности боли | Выраженная боль (3,62±0,32 балла) | Сильно выраженная боль (5,33±0,22 балла (p<0,001)) | Выраженная боль (3,67±0,36 балла) |
| Личностные особенности | Тревожность (74,04±1,73 (p<0,001)), эмоциональная лабильность (70,62±1,85), пессимистичность (69,62±1,51 (p<0,01)), ригидность (68,08±2,05) | Снижение импульсивности (38,24±3,17) и оптимистичности (36,00±2,99 (p<0,001)) на фоне эмоциональной лабильности (75,56±2,20), индивидуалистичности (71,72±1,77 (p<0,01)), ригидности (69,80±2,33), социальной интроверсии (60,92±1,60 (p<0,05)) | Невротический сверхконтроль поведения (63,57±1,5), ригидность (61,09±1,84 (p<0,05)), индивидуалистичность (60,83±2,13) на фоне установки на неоткровенность и демонстрацию социабельности |
| Виды ригидности | Актуальная (42,77±2,30 (p<0,001)), установочная (37,04±2,91 (p<0,001)) ригидность | Сенситивная ригидность (45,04±1,59 (p<0,05)) | Преморбидная ригидность (45,04±2,09 (p<0,05)) |
| Невротические нарушения | Повышенная возбудимость (72,08±3,42 (p<0,001)), ухудшение общего самочувствия (68,35±1,96 (p<0,01)), нарушения социальных контактов (60,31±2,25 (p<0,05)) | Психическая истощаемость (78,12±3,05 (p<0,001)), расстройства в сфере пищеварения (73,16±2,58 (p<0,001)), немотивированный страх (64,80±2,44 (p<0,001)) | Расстройства сердечно-сосудистой деятельности (68,04±2,25 (p<0,01)), неуверенность в себе (62,48±4,95 (p<0,001)) |
| Невротические расстройства | Аффективная напряженность (36,0±2,58 (p<0,001)), тревожно-фобические расстройства (33,08±2,12), сомато-вегетативные расстройства (28,85±2,45) аффективная лабильность (24,12±1,76 (p<0,05)), ипохондрические расстройства (22,15±2,28) | Сомато - вегетативные (34,96±2,14), астенические (30,56±3,09 (p<0,001)), тревожно-фобические (28,76±2,48), ипохондрические (24,20±3,28) расстройства сна (23,20±3,07 (p<0,01)), нарушения социальных контактов (20,32±1,47 (p<0,001)) | Сомато - вегетативные (29,74±1,81), тревожно - фобические расстройства (25,78±2,11), ипохондрические расстройства (23,26±1,74), обсессивные расстройства (21,87±2,30) |
| Доминирующие типы отношения к болезни | Сенситивный (27,88±2,17 (p<0,05)), неврастенический (22,50±2,85 (p<0,001)), эгоцентрический (19,69±2,76 (p<0,001)) | Ипохондрический (23,04±2,23), тревожный (18,32±1,99 (p<0,001)) | Ипохондрический (22,91±2,29), апатический (21,48±2,84 (p<0,001)), сенситивный (20,52±2,19 (p<0,05)), паранойяльный (18,17±2,24 (p<0,05)) |
| Значения омега-потенциала правого/левого полушарий мозга | 54,96±2,44 (p<0,001) / 34,35±2,20 (p<0,001) | 19,00±1,69 (p<0,001) / 11,08±2,24 (p<0,001) | 6,02±2,44 (p<0,001) / 22,74±2,07 (p<0,001) |
| Показатели вариабельности сердечного ритма (метод кардио-ритмография) | Симпатическая активация: мощность МВ1 в спектре 51,90±3,18 (p<0,001) | Преобладание парасимпатического типа регуляции: мощность ДВ в спектре 46,30±3,40 (p<0,001) | Преобладание парасимпатического типа регуляции: мощность ДВ в спектре 53,79±3,44 (p<0,001) |

При последовательном сравнении интенсивности изученных переменных в группах больных с левосторонними, правосторонними, двусторонними болевыми синдромами и анализе корреляционных связей латерализации болевого синдрома выявлена преимущество психологических и психофизиологических характеристик патогенеза болевых синдромов при остеохондрозе позвоночника, проявляющаяся в: снижении тревожности, спонтанности проявления эмоций и поведения; нарастании эмоциональной лабильности, ригидности, пассивности, ипохондричности, установки на социальное одобрение, индивидуалистичности и социальной интроверсии, количества и разнообразия сомато-вегетативных расстройств; преобладании парасимпатической регуляции на фоне снижения централизации управления сердечным ритмом и симпатической активности. Таким образом, согласно результатам нашего исследования, латерализация болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника связана с противоречивыми личностными характеристиками больных, снижением стрессоустойчивости и активности.

Последовательное нарастание выраженности психофизиологических изменений, выявленное при сопоставлении результатов исследования больных с левосторонним, правосторонним и двусторонним болевым синдромом, рассматривается нами также как патодинамический механизм латерализации болевых синдромов при ОХП, сопоставимый со стадиями реакции, состояния и развития невротических расстройств, т.е. с их клинической динамикой (Семке В.Я., Аксенов М.М., 2004; Кожевников В.Н., 2006). Выявленные у больных с ЛСБС слабость механизмов регуляции при повышенной эмоциональной возбудимости, установка на активное избегание неудач, высокая межполушарная асимметрия соотносятся со стадией реакции невротических расстройств. Характеристики больных ПСБС - психическая истощаемость, тревожность, снижение активности левого полушария, могут рассматриваться как сочетание проявлений стадий состояния и развития невротических расстройств. Значительное повышение пессимистичности, неуверенности в себе, ригидности, «внутренняя напряженность», не находящая разрядки, снижение величины омега-потенциала полушарий головного мозга и самокритичности, характерные для больных с ДБС, соответствуют стадии развития клинической динамики невротических расстройств с включениями патологической личностной реакции на болезнь.

Динамика психологических и психофизиологических характеристик выявлена также при анализе результатов больных с первично выявленными неврологическими проявлениями ОХП (64 больных, 43,2 %) и с хронически-рецидивирующим типом течения заболевания в стадии обострения (84 больных, 56,8 %). У больных ОХП с дебютом заболевания более выражены: возбудимость (p<0,01), аффективная напряженность (p<0,01), познавательная и социальная пассивность

($p < 0,05$), тревожно-фобические расстройства ($p < 0,001$), аффективная неустойчивость ($p < 0,05$); у больных с обострением ОХП - стрессы в рабочей сфере ($p < 0,001$), расстройства сердечно-сосудистой деятельности ($p < 0,05$), расстройства сна ($p < 0,05$), парасимпатическая активность ($p < 0,001$).

По группам латерализации болевого синдрома у больных с хронически-рецидивирующим типом течения ОХП по сравнению с больными с дебютом заболевания выявлено: в группе с ЛСБС - снижение тревожности ($p < 0,01$), повышенной возбудимости ($p < 0,001$), аффективной напряженности ($p < 0,001$), нарастание выраженности невротического «сверхконтроля» поведения ($p < 0,01$), ипохондричности ($p < 0,05$), расстройств сна ($p < 0,01$), астенических расстройств ($p < 0,05$); в группе с ПСБС – снижение повышенных невротического «сверхконтроля» поведения ($p < 0,05$) и эмоциональной лабильности ($p < 0,01$), нарастание вариационного размаха ($p < 0,001$) и мощности дыхательных волн в спектре; в группе с ДБС – нарастание выраженности интровертированной направленности личности ($p < 0,01$), индекса напряжения ($p < 0,05$), проявлений дереализационных расстройств ($p < 0,01$).

Таким образом, анализ психологических и психофизиологических характеристик больных с дебютом и хронически-рецидивирующим типом течения ОХП показывает, что с увеличением стажа заболевания остаются неизменными личностная структура и уровень психогенного напряжения, снижается тревога и психофизиологическое возбуждение, повышается выраженность сомато-вегетативных расстройств.

Вышеописанные характеристики патогенеза подтверждаются и результатами корреляционного анализа по группам латерализации. В группе больных с ЛСБС (рис. 1а) значимы связи повышенной возбудимости и аффективной напряженности с ухудшением общего самочувствия, ригидностью, познавательной и социальной пассивностью, нарушениями социальных контактов, невротическими нарушениями, корковой и вегетативной дисрегуляцией (изменением омега-потенциала левого и правого полушарий головного мозга, по нашим данным, в сторону увеличения). В группе больных с ПСБС (рис. 1б) в качестве патогенетически значимого фактора выступают «кольцевые» взаимосвязи противоречивости личностной структуры, переживания немотивированного страха, неуспешности в межличностных отношениях, установочного ипохондрического поведения, характеристик психофизиологического истощения (по нашим данным, снижения омега-потенциала левого и правого полушарий головного мозга, преобладания парасимпатической активности). В группе больных с ДБС (рис. 1в) значимы индивидуалистичность, неуверенность в себе, аффективная неустойчивость, омега-потенциал левого полушария, межполушарная асимметрия, связанные с разнообразными проявлениями невротических нарушений и ипохондрическим типом отношения к болезни.

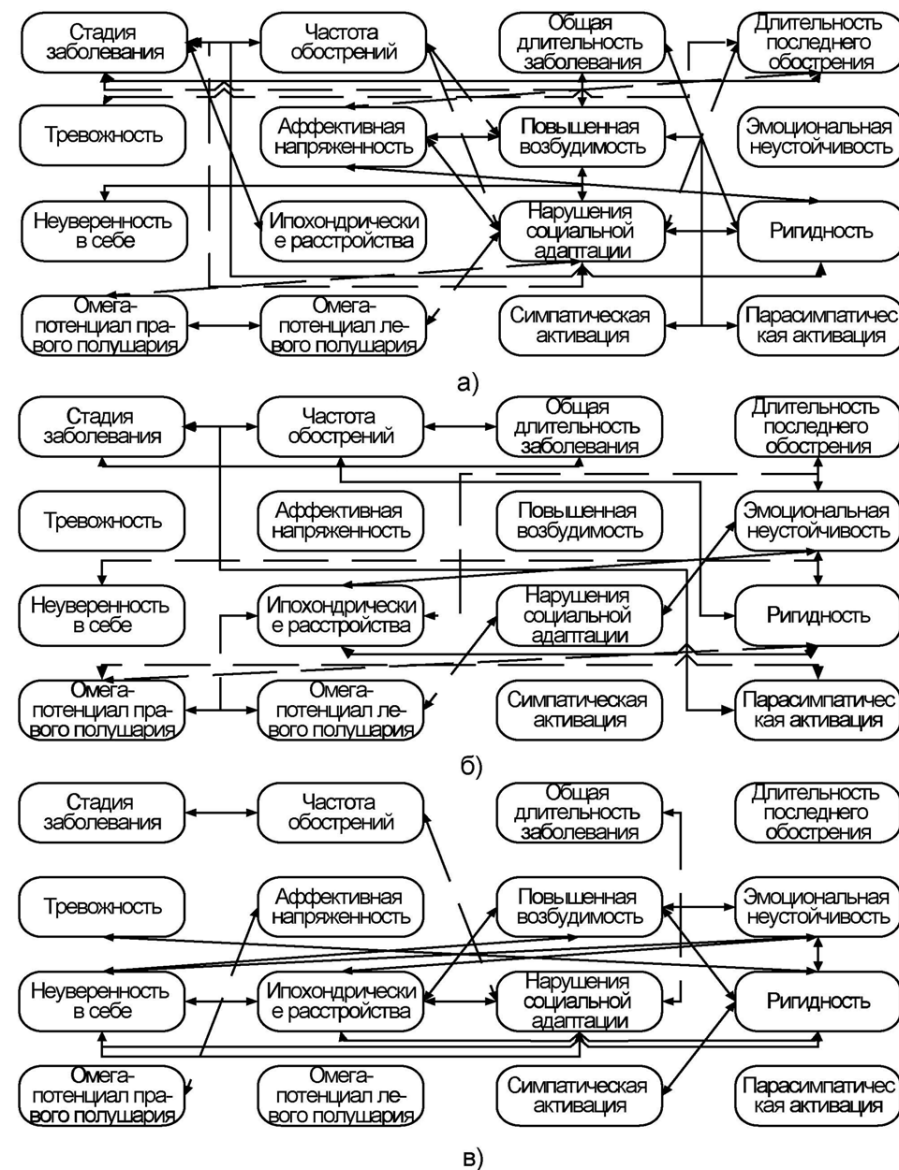


Рис. 1. Схема корреляционных взаимосвязей патогенетически значимых психологических, психофизиологических характеристик и показателей клинической динамики в группах больных остеохондрозом позвоночника с левосторонним (а), правосторонним (б), двусторонним (в) болевым синдромом. Сплошными линиями обозначены положительные корреляции, прерывистыми – отрицательные корреляции.

По результатам корреляционного анализа выявлены взаимосвязи характеристик клинической картины и динамики ОХП (типа вертеброневрологического синдрома, уровня поражения межпозвоночных дисков, стадии заболевания, общей длительности заболевания, длительности последнего обострения, частоты обострений в год, субъективной оценки выраженности боли) с индивидуально-психологическими особенностями, невротическими нарушениями, типами отношения к болезни, психофизиологическими показателями, что также свидетельствует в пользу предположения о психогенной природе формирования и течения ОХП. Выявлено, что хронизация неврологических нарушений у всех больных ОХП сопровождается: ипохондризацией личности, повышением значимости внешнего благополучия, формированием невротических расстройств, стабилизацией эмоционального фона и нарастанием психофизиологической дезадаптации (снижением уровня ОП ПП, повышением активности парасимпатического отдела ВНС).

У больных ОХП с ЛСБС корреляционные взаимосвязи клинических характеристик заболевания с ригидностью (актуальной и сенситивной), эмоциональной дезадаптацией (повышенной возбудимостью, аффективным напряжением), нарушениями социальных контактов указывают на соматизацию возбуждения и ригидизацию, нарастающую с увеличением «стажа» заболевания (рис. 1а). В группе больных ОХП с ПСБС характеристики клинической динамики ОХП (нарастание длительности обострений и их частоты) связаны со стабилизацией эмоционального состояния и ипохондризацией личности, которая позволяет больным в социально приемлемой форме проявить свою индивидуальность, эмоциональную неустойчивость, ригидность, разрешить конфликт между стремлением к установлению доверительных межличностных отношений и снижением способности к сопереживанию (рис. 1б). В группе больных с ДБС частота обострений связана со снижением выраженности тревожно-фобических расстройств и социальной неадаптивности (рис. 1в). Таким образом, во всех группах латерализации болевой синдром, ассоциированный с ОХП, и неврологические проявления заболевания связаны со степенью психофизиологической дезадаптации и формированием нервно-психических расстройств, хронизирующих основное заболевание.

Выявленные патогенетические закономерности нашли свое отражение и в результатах факторного анализа группы больных ОХП. Первый фактор «Психозадаптационное состояние» (19 % дисперсии) указывает на два варианта психоэмоциональной дезадаптации, сочетающиеся у больных ОХП: дистимический, сутью которого является выраженное психофизиологическое напряжение (характеристики положительного полюса) и психовегетативный, связанный с неустойчивостью эмоционально-потребностной сферы и психофизиологической регуляции (характеристики отрицательного полюса). Второй фак-

тор «Психастения» (13 %) включает сочетание нереализованных напряженных потребностей с отсутствием личностных ресурсов для реализации мотивационных тенденций. Третий фактор «Невротические расстройства» (11 %) отражает уже последствия срыва адаптационных механизмов и астенизацию организма. Полученная факторная структура может рассматриваться как отражение «ключевых» моментов патогенеза ОХП в аспекте временных и качественных (стадийных) изменений.

С нашей точки зрения, паттерн особенностей, патогенетически значимых для формирования остеохондроза позвоночника с болевым синдромом различной латерализации, составляют: тревожность, аффективная напряженность, повышенная возбудимость, эмоциональная неустойчивость, ригидность, неуверенность в себе, ипохондрические расстройства, нарушения социальной адаптации, омега-потенциал правого полушария, омега-потенциал левого полушария, мощность медленных волн первого порядка, мощность дыхательных волн. Каждая из перечисленных характеристик: является специфичной для больных остеохондрозом позвоночника (выходит за рамки нормативных значений по соответствующим методикам и значимо отличается от показателей здоровых лиц); взаимосвязана как с проявлениями клинической динамики заболевания (в том числе с латерализацией и хронизацией болевого синдрома), так и с психологическими и психофизиологическими особенностями (психогениями, личностными особенностями, типами ригидности, невротическими расстройствами, типами отношения к болезни, активностью центральной и вегетативной нервной системы); входит в структуру факторов патогенеза заболевания (по результатам факторного анализа).

Таким образом, по результатам нашей работы установлены значимые различия особенностей больных с левосторонним, правосторонним и двусторонним болевыми синдромами и преобладание характеристик дезадаптации, связанных с проявлениями остеохондроза позвоночника. Доказано, что психологические и психофизиологические факторы (психогении, личностные особенности, интрапсихические конфликты, виды ригидности, невротические расстройства, типы отношения к болезни, асимметрия активности полушарий головного мозга, характер психовегетативной регуляции) выступают как одно из обязательных условий патогенеза, формирования клинической картины ОХП, латерализации болевого синдрома, что свидетельствует о подтверждении гипотезы исследования. Выявленные патогенетические факторы, психологические и психофизиологические особенности групп с односторонним и двусторонним болевым синдромом могут являться теоретическим основанием для разработки системы дифференцированных по латерализации болевых синдромов комплексных программ медико-психолого-социальной помощи больным остеохондрозом позвоночника и критериями оценки эффективности ее оказания.

ВЫВОДЫ

1. Для больных остеохондрозом позвоночника с левосторонним болевым синдромом характерны психоэмоциональное возбуждение, стенические формы реагирования, ухудшение общего самочувствия и субъективная неудовлетворенность всеми значимыми сферами жизнедеятельности; для больных с правосторонним болевым синдромом характерны противоречивые личностные особенности, нарушения межличностных взаимоотношений, выраженная социальная дезадаптация и ипохондрия, астенические формы реагирования; для больных с двусторонним болевым синдромом характерны склонность к отрицанию имеющихся проблем, неуверенность в себе, пассивность, апатический и паранойяльный типы отношения к болезни, снижение величины омега-потенциала правого полушария в сочетании с ваготонией.
2. Психологические и психофизиологические факторы обуславливают клиническую динамику остеохондроза позвоночника следующим образом:
 - 2.1. частота обострений сопровождается: снижением возбудимости и социальной неадаптивности, появлением характеристик дисфорического типа отношения к болезни у больных с левосторонним болевым синдромом; усилением установочной ригидности у больных с правосторонним болевым синдромом; пессимистичностью, снижением выраженности тревожно-фобических расстройств и социальной неадаптивности у больных с двусторонним болевым синдромом;
 - 2.2. увеличение продолжительности обострения связано со: снижением выраженности тревожности, актуальной ригидности, нарушений социальных контактов, аффективной напряженности и формированием сомато-вегетативных расстройств у больных с левосторонним болевым синдромом; снижением внимания к телесным ощущениям, выраженности страхов, эмоциональной неустойчивости, астении, ригидности как состояния и сенситивной ригидности у больных с правосторонним болевым синдромом;
 - 2.3. хронизация неврологических проявлений заболевания у больных остеохондрозом позвоночника с различной латерализацией болевого синдрома сопровождается сменой стенического состояния астеническим, а именно: снижением возбудимости, аффективной напряженности, актуальной ригидности, величины омега-потенциала правого полушария; повышением познавательной и социальной пассивности, парасимпатической активности.

3. Психологические и психофизиологические особенности больных остеохондрозом позвоночника выступают как факторы патогенеза, предрасполагающие к реализации психосоматического реагирования (психогенное неблагополучие, связанное с нереализованными потребностями и неудовлетворенностью межличностными взаимоотношениями, противоречивые преморбидные личностные особенности) и сопутствующие клинической динамике заболевания (тревожность, аффективная напряженность, повышенная возбудимость, эмоциональная неустойчивость, ригидность, неуверенность в себе, ипохондрические расстройства, нарушения социальной адаптации, омега-потенциал правого полушария, омега-потенциал левого полушария, мощность медленных волн первого порядка, мощность дыхательных волн).

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в ведущих рецензируемых научных журналах и изданиях, входящих в перечень ВАК

1. Карташова К.С. Психологические механизмы этиопатогенеза остеохондроза позвоночника / В.Н. Кожевников, К.С. Карташова // Вестник Красноярского государственного университета. – 2006. – № 11. – С.127-129.
 2. Карташова К.С. Психологические и психофизиологические особенности больных остеохондрозом позвоночника с латерализацией болевого синдрома / В.Н. Кожевников, Г.В. Залевский, К.С. Карташова // Сибирский психологический журнал.– 2008. – № 28. - С. 64-69.
- Статьи в научных сборниках и журналах
3. Карташова К.С. Оценка состояния вегетативной нервной системы у больных остеохондрозом / К.С. Карташова // Психолого-педагогическая наука и образование: гуманитарные технологии: сб. материалов конф., г. Красноярск, 22 апр. 2004 г. / Краснояр. гос. ун-т. – Красноярск, 2004. – С.133-139.
 4. Карташова К.С. Проект комплексной программы психологической помощи больным психосоматическими заболеваниями (на примере остеохондроза позвоночника) / К.С. Карташова // Психолого-педагогическая наука и образование: гуманитарные технологии: сб. материалов конф., г. Красноярск, 22 апр. 2005 г. / Краснояр. гос. ун-т. – Красноярск, 2005. – С. 121-127.
 5. Карташова К.С. Психологические особенности как механизм этиопатогенеза остеохондроза позвоночника / В.Н. Кожевников, Я.В. Варлакова, К.С. Карташова // Психотерапия, символдрама, психоанализ, практическая и клиническая психология в здравоохранении, образовании, социальной работе. Проблемы взаимодействия

- и пути решения: сб. материалов межрегиональной конференции – Новокузнецк, 2005. – С. 55-57.
6. Карташова К.С. Динамика вегетативной регуляции в процессе психотерапии у больных остеохондрозом позвоночника / К.С. Карташова // Психологи-педагогическая наука и образование: гуманитарные технологии: сб. материалов конф., г. Красноярск, 10 марта 2006 г. / Краснояр. гос. ун-т. – Красноярск, 2006. – С. 98-103.
 7. Карташова К.С. Психофизиологические особенности больных остеохондрозом позвоночника / К.С. Карташова, Я.В. Варлакова // Стресс, эмоции и патология: биопсихосоциальный подход: Сб. труд. по матер. конф. – Томск: Сиб. гос. медиц. ун-т, 2006. – С. 19-21.
 8. Карташова К.С. Психологические и психофизиологические особенности больных остеохондрозом позвоночника / В.Н. Кожевников, Я.В. Варлакова, К.С. Карташова // Вестник РГМУ. Матер. I межд. Пироговской научн. мед. конф. – Москва, 16 марта, 2006. – М.: ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, 2006. - № 2 (49). – С. 84-85.
 9. Карташова К.С. Возможности использования спектрального анализа variability сердечного ритма в психологической практике / К.С. Карташова, Я.В. Варлакова, В.В. Черепанов // Современные проблемы радиоэлектроники: сб. науч. тр. / под ред. А.И. Громыко, А.В. Сарафанова. – М.: Радио и связь, 2006. – С. 209-211.
 10. Карташова К.С. Методы психофизиологической диагностики в оценке функционального состояния нервной системы психосоматических пациентов / В.Н. Кожевников, К.С. Карташова // Клиническая психология и психотерапия: парадигмы, концепции, инструментарий в контексте актуальных проблем развития психологии в информационном обществе: сб. материалов межрегион. конференции / под ред. И.П. Греховой, М.В. Самойловой. – Сургут: Дефис, 2006. - С.50-51.
 11. Карташова К.С. Невротические нарушения в этиопатогенезе неврологических проявлений остеохондроза позвоночника / В.Н. Кожевников, К.С. Карташова // Психоневрология в современном мире: сб. трудов междунар. конференции – СПб., 2007– С. 44-45.
 12. Карташова К.С. Невротический и психосоматический варианты дезадаптации у больных остеохондрозом позвоночника / В.Н. Кожевников, К.С. Карташова // Интеграция медицины и психологии в XXI веке: сборник научных статей / под. ред. С.И.Блохиной, Е.Т. Соколовой. – Екатеринбург: СВ-96, 2007. – С. 228-233.
 13. Карташова К.С. Пограничные нервно-психические расстройства на этапах клинической динамики остеохондроза позвоночника / В.Н. Кожевников, К.С. Карташова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.– 2008. – №1 (48). – С. 108-111.

14. Карташова К.С. Психонейроиммунологические исследования в клинике вертебрально-неврологических заболеваний / К.С. Карташова, В.Н. Кожевников, Т.А. Кожевникова // Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии: материалы докладов Второй Всероссийской конф. с межд. участием / под. ред. В.Я. Семке, Т.П. Ветлугиной – Томск: Иван Федоров, 2008. – С.102-104.

Карташова К.С. Психологические и психофизиологические факторы патогенеза и клинической динамики остеохондроза позвоночника с различной латерализацией болевого синдрома: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. псих. наук: (19.00.04) / Карташова Ксения Сергеевна; Сибирский фед. ун-т. - Красноярск, 2008. – 25 с.