

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

DOI: 10.25629/НС.2020.02.13

**Рыльский А.В.**

Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины

Россия, Москва

**Аннотация.** Остеохондроз является одной из важнейших медико-социальных проблем, поскольку оказывает серьезное влияние как на физическое, так и на психологическое состояние пациента. Целью исследования стало изучение личностных характеристик пациентов, перенесших остеохондроз, в зависимости от половой принадлежности. В лаборатории биологической обратной связи обследованы 638 пациента. Мужчин было – 85 чел. (13,3%), женщин – 553 чел. (86,7%). Средний возраст пациентов составил – 56,3±2,2 лет. У мужчин – 55,9±2,3 лет, у женщин – 57,0±2,2 лет ( $p=0,124$ ). Для определения психологических характеристик использовался стандартизированный многофакторный метод исследования личности. Таким образом, нами отмечено, что при наличии остеохондроза пациентам становятся присущи различные личностные особенности, которые зависят и от пола пациента. Для женщин с данным диагнозом свойственна демонстративность, тревожность, проявления мужских черт. Таким образом, наличие остеохондроза накладывает отпечаток на личностные характеристики пациентов, что необходимо учитывать при проведении комплексном терапевтическом подходе.

**Ключевые слова:** личностный опросник, мини-СМИЛ, остеохондроз, боль в спине, дорсопатия, гендерные особенности.

### **Введение**

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. Остеохондроз позвоночника (ОП) является наиболее часто встречающимся вариантом вертеброневрологической патологии и с позиции клинической психологии рассматривается как заболевание, имеющее высокую психосоматическую корреляцию [3]. Один из аспектов формирования болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника заключается в определении патогенетических личностных реакций, способствующих усугублению неприятных ощущений и хронизации боли [3]. Боль в спине является одной из наиболее частых жалоб при остеохондрозе [1].

О проблеме остеохондроза выполнено множество научных исследований с учетом многообразного арсенала как субъективных, так и объективных показателей. Помимо болей, у больных выявляются различные психоэмоциональные вегетативные расстройства [4]. Это отдельные признаки эмоционального напряжения или состояние хронической тревожности, беспокойства, душевный дискомфорт, суетливость, неусидчивость и т.д. Весь арсенал этих важных признаков у больных остеохондрозом разного возраста может помочь в диагностике и профилактике многих последствий этого заболевания [4].

При этом весьма интересно оценить психологические особенности проявления данного заболевания у мужчин и женщин.

### **Цель исследования**

Изучение гендерных особенностей психологических характеристик пациентов, страдающих остеохондрозом.

Целью нашей работы стало исследование характеристики психических состояний личности у пациентов, перенесших инсульт, в зависимости от половой принадлежности. Мы предположили, что у мужчин и женщин психологические особенности личности, на формирование которых повлияло наличие остеохондроза, имеют свою специфику.

Объектом исследования явились психические состояния пациентов, страдающих остеохондрозом. Предметом – гендерные особенности психических состояний у пациентов с остеохондрозом.

### **Материалы и методы**

В лаборатории биологической обратной связи (БОС) обследованы 637 пациентов, страдающих остеохондрозом.

Мужчин было – 85 чел. (13,3%), женщин – 553 чел. (86,7%). Средний возраст пациентов составил –  $56,3 \pm 2,2$  лет. У мужчин –  $55,9 \pm 2,3$  лет, у женщин –  $57,0 \pm 2,2$  лет ( $p=0,124$ ).

Для определения психологических характеристик использовался стандартизированный многофакторный метод исследования личности – мини-СМИЛ (модификация методики Миннесотского многофакторного личностного опросника ММРП): 1 – сосредоточенность на плохом самочувствии, ипохондричность; 2 – сниженный фон настроения, депрессия; 3 – демонстративность, истероидные черты; 4 – амбициозность, импульсивность, возбудимые черты; 5 – стремление подчеркнуть решительность, мужественные черты характера, трудности межличностного общения; 6 – упрямство, подозрительность, паранойяльность; 7 – повышенная тревожность, состояние тревоги; 8 – оригинальность, своеобразие, шизотимные особенности; 9 – гипертимные черты, эмоциональная незрелость; 0 – замкнутость, аутичность [6].

Статистическая обработка полученных данных была проведена с использованием программ STATISTICA v.10.0, MedCalc software Bvba v.12.6.1.0, MS Excel 7.0. Данные представлены в виде средних значений и стандартных отклонений для непрерывных переменных. Для сравнения непрерывных переменных использовали Т-тест. Достоверными считались результаты при  $p < 0,05$ .

### **Результаты и их обсуждение**

Особенностью опросника мини-СМИЛ является то, что он построен в качестве диалога пациента с самим собой, что способствует большей откровенности и даёт достаточно надежные результаты.

Анализ результатов по шкале «ложь» показал, что большинство пациентов были искренними, отвечая на вопросы теста. Средний балл у мужчин и женщин статистически не различался и не превышал 2,7 балла ( $p=0,588$ ). При ответе по данной шкале, пациентам понадобилось наибольшее количество времени, соответственно, они раздумывали над вопросами. В то же время статистических различий по времени заполнения между мужчинами и женщинами не выявлено ( $p=0,433$ ).

Оценка шкалы «агравация» продемонстрировала низкий балл ( $1,4 \pm 1,1$  и  $1,4 \pm 1,2$  балла у мужчин и у женщин, соответственно,  $p=0,515$ ). Столь невысокие значения по данной шкале свидетельствуют о том, что пациенты не стремились подчеркнуть тяжесть своего состояния. Мужчинам требовалось в среднем на 5 секунд меньше времени на ответы по данной шкале по сравнению с женщинами, однако выявленные различия не достигли уровня статистической значимости ( $p=0,110$ ).

Оценивая скрытность пациентов во время теста, мы отметили, что и у мужчин, и у женщин средний балл был выше 3, а значит, пациенты многое скрывали. При этом различия по баллам по данной шкале между группами были минимальными –  $3,4 \pm 0,9$  и  $3,4 \pm 1,0$  балла ( $p=0,897$ ) Скрытность пациентов, по нашему мнению, обусловлена наличием болевого синдрома, который провоцирует развитие тревожности и клинической депрессии, из-за чего пациенты становятся закрытыми, уходят в себя [2]. Время, затрачиваемое на ответы по шкале у мужчин и женщин, так же достоверно не различалось –  $51,1 \pm 32,8$  сек и  $47,1 \pm 27,1$  сек ( $p=0,212$ ).

По нашим данным, многие пациенты были склонны к сосредоточенности на плохом самочувствии. Баллы по шкале «ипохондричность» были несколько выше у женщин –  $2,9 \pm 0,8$  балла

по сравнению с  $2,7 \pm 0,7$  балла у мужчин, но выявленные различия не достигли уровня статистической значимости ( $p=0,258$ ). Женщины достоверно быстрее отвечали на вопросы по данной шкале, из чего можно предположить, что данное состояние не является надуманным.

Оценивая шкалу «депрессия», мы отметили, что у большинства пациентов был нормальный фон. Мужчины были настроены несколько позитивнее – ( $1,8 \pm 1,1$  балла) по сравнению с женщинами ( $2,0 \pm 1,0$  балла). Несмотря на то, что выявленные различия не достигли уровня статистической значимости –  $p=0,057$ , можно предположить, что при расширении численности групп различия станут достоверными. Время, затрачиваемое на ответы по данной шкале, в двух группах статистически не различалось –  $47,5 \pm 27,0$  сек и  $43,9 \pm 20,4$  сек у мужчин и женщин, соответственно,  $p=0,527$ .

Эмоционально-вегетативная неустойчивость у большинства пациентов не выходила за рамки нормальных значений. Мужчины были наиболее стабильны в психологическом плане –  $1,7 \pm 1,0$  балла, в то время как у женщин иногда наблюдались истероидные черты –  $2,1 \pm 1,0$  балла ( $p=0,00001$ ). В среднем мужчины тратили на ответы на 7 сек больше по сравнению с женщинами ( $p=0,084$ ).

Показатели возбудимости и импульсивности у пациентов двух групп статистически не различались и были около 2,6 баллов ( $p=0,883$ ). Время, затрачиваемое на ответы на вопросы так же было сопоставимым у мужчин и женщин –  $56,7 \pm 30,9$  сек и  $53,1 \pm 42,4$  сек,  $p=0,446$ , соответственно.

В межличностном общении пациенты обеих групп не испытывали трудностей, однако большинство женщин стремились подчеркнуть решительность и мужественность характера –  $2,2 \pm 0,9$  балла, мужчинам –  $1,9 \pm 0,9$  балла, наоборот, была свойственна демонстрация мягкости характера ( $p=0,028$ ). Мужчинам на ответы по данной шкале требовалось почти на 5 сек больше, но различия не достигли уровня статистической значимости ( $p=0,082$ ).

Оценка ригидности и упрямства не выявила достоверных различий между пациентами двух групп. Все они были не конфликтными – средний балл был невысокий – и не превышал 1,7 балла. Время, затрачиваемое на ответы на вопросы по данной шкале у мужчин и женщин, достоверно не различалось –  $50,6 \pm 26,0$  сек и  $46,5 \pm 26,2$  сек,  $p=0,170$ , соответственно.

У женщин был отмечен достаточно высокий уровень тревожности –  $2,9 \pm 1,4$  балла, который был на 0,4 балла достоверно выше, чем у мужчин ( $p=0,039$ ). У многих опрошенных пациенток отмечались склонность все усложнять, постоянная озабоченность и тревожность, пессимистичность, ожидание неудач. Мужчинам на ответы по данной шкале требовалось почти на 5 сек больше, но различия не достигли уровня статистической значимости ( $p=0,095$ ). Наличие высокого уровня тревоги, достигающего степени клинически выраженного тревожно-депрессивного состояния, объяснимо с точки зрения нейрофизиологии, поскольку ангедония и тревожно-депрессивный синдром связаны с обменом серотонина, который известен не только как «медиатор счастья», дефицит которого приводит к ангедонии, но и способен провоцировать отдельные виды личностной тревоги [7].

Мужчины и женщины, страдающие остеохондрозом, не отличались своеобразием и оригинальностью. Средний балл по данной шкале у пациентов сильного пола составил –  $1,7 \pm 1,4$  балла, у женщин был почти таким же –  $1,7 \pm 1,4$  балла ( $p=0,906$ ). Мужчины гораздо дольше раздумывали над ответами по данной шкале – в среднем они затрачивали на размышления на 7 сек больше ( $p=0,051$ ).

Пациентам с остеохондрозом были свойственны гипертимные черты, эмоциональная незрелость, отсутствие критики к своему состоянию. Среднее количество баллов по данной шкале составило – 2,9 балла. Время, затрачиваемое на ответы по данной шкале, статистически не различалось у мужчин и женщин ( $p=0,175$ ).

Оценивая шкалу «замкнутость», мы отметили, что большинству пациентов она была не свойственна. Количество баллов по данной шкале составило  $1,9 \pm 1,3$  балла и  $1,7 \pm 1,3$  балла ( $p=0,297$ ). На ответы по данной шкале мужчинам и женщинам требовалось схожее время.

Более подробно все описываемые характеристики представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Ответы пациентов на вопросы по шкалам опросника мини СМИЛ

	количество баллов по показателю, балл		P	Время, затраченное на ответы по шкале, сек		P
	мужчины	женщины		мужчины	женщины	
Шкала лжи	2,6±1,7	2,7±1,6	0,588	65,5±38,9	61,3±46,3	0,433
Агравация состояния	1,4±1,1	1,4±1,2	0,515	50,1±30,2	44,9±27,1	0,110
Скрытность во время теста	3,4±0,9	3,4±1,0	0,897	51,1±32,8	47,1±27,1	0,212
Ипохондричность	2,7±0,7	2,9±0,8	0,258	48,6±35,1	42,4±24,4	<b>0,042</b>
Депрессия	1,8±1,1	2,0±1,0	0,057	47,5±27,0	43,9±20,4	0,527
Демонстративность	1,7±1,0	2,1±1,0	<b>0,00001</b>	55,5±27,7	49,9±27,6	0,084
Импульсивность	2,6±0,9	2,6±1,0	0,883	56,7±30,9	53,1±42,4	0,446
Межличностное общение	1,9±0,9	2,2±0,9	<b>0,028</b>	45,4±26,3	40,9±21,3	0,082
Ригидность, упрямство	1,7±1,1	1,4±1,3	0,119	50,6±26,0	46,5±26,2	0,170
Тревожность	2,5±1,5	2,9±1,4	<b>0,039</b>	45,3±25,2	40,6±23,7	0,095
Оригинальность	1,7±1,4	1,7±1,4	0,906	55,4±33,0	48,9±28,0	0,051
Гипертимность	2,9±1,1	2,9±1,2	0,729	46,0±24,3	42,3±23,3	0,175
Замкнутость	1,9±1,3	1,7±1,3	0,297	46,2±22,0	48,6±21,4	0,804

Большинство исследователей отмечают, что основные эмоциональные нарушения, связанные с болью в спине, – это тревога, повышенная фиксация на соматических переживаниях, страх, раздражительность и депрессия. За исключением депрессии, данные эмоциональные изменения очень редко достигают уровня специфического психического заболевания и скорее представляют собой эмоциональную реакцию на боль и неэффективное лечение. У отдельных больных такие нарушения могут быть тяжелыми и пролонгированными и плохо поддаваться лечению. Болевые ощущения и инвалидизация могут усиливаться и «закрепляться» эмоциональными расстройками, и, таким образом, последние становятся основной неотъемлемой частью проблемы хронической боли [5]. Полученные нами данные согласовываются с имеющимися результатами.

По результатам проведенного исследования, можно отметить, что женщины тяжелее переносят наличие остеохондроза и сопутствующие симптомы. Однако, следует обратить внимание, что мужчины более длительно отвечают на вопросы, что свидетельствует о том, что само состояние болезни вызывает у них глубокую рефлексю.

### Заключение

Таким образом, нами отмечено, что при наличии остеохондроза пациентам становятся присущи различные личностные особенности, которые зависят и от пола пациента. Для женщин с данным диагнозом свойственна демонстративность, тревожность, проявления мужских черт.

Изучение психоэмоционального состояния и личностных характеристик пациентов с остеохондрозом интересно не только в теоретическом, но и в практическом аспекте, поскольку указывает направление для разработки новых реабилитационных психологических программ.

Выявленные клиничко-психопатологические особенности служат обоснованием применения дифференцированного психотерапевтического подхода, наряду с традиционными методами, с целью повышения эффективности лечения и улучшения качества жизни пациента.

### Литература

1. Абасова Г.Б. Современные подходы к решению проблемы боли в спине / Абасова Г.Б. // Журнал неврологии – 2014. – №2. – С. 83.
2. Доронин Б.М. Некоторые актуальные вопросы диагностики и лечения боли в спине/Б.М. Доронин, О.Б. Доронина// Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. -2010. -№4. -С.24-28.

3. Кожевников В.Н. Психологические и психофизиологические особенности больных остеохондрозом позвоночника с латерализацией болевого синдрома / В.Н. Кожевников [и др.] // Сибирский психологический журнал. -2008. -№28. -С. 64-68.

4. Мирзаева К.С. Медико-психологические аспекты особенностей течения остеохондроза у лиц молодого возраста / К. С. Мирзаева // Журнал теоретической и клинической медицины. - 2015. -№1. -С. 78-82.

5. Подчуфарова Е.В. Эмоциональные и поведенческие расстройства у пациентки с хронической болью в спине / Е.В. Подчуфарова // Российский журнал боли. -2013. -№3. -С.26-31.

6. Собчик Л.Н. МИНИ-СМИЛ экспресс-диагностика состояния. М., 2002. 8 с.

7. Чухрова М.Г. Психоэмоциональные и личностные характеристики при хронических болях в спине / М.Г. Чухрова, Л.В. Джулай // Мир науки, культуры и образования. -2010. -№1 (20). -С.238-240.

**Рыльский Алексей Васильевич.** E-mail: 79165850111@yandex.ru

Дата поступления: 23.12.2019

Дата принятия к публикации 15.02.2020

## PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH OSTEOCHONDROSIS

DOI: 10.25629/HC.2020.02.13

**Rylsky A.V.**

Moscow Scientific and Practical Center for Medical Rehabilitation,  
Restorative and Sports Medicine  
Russia, Moscow

**Abstract.** Osteochondrosis is one of the most important medical and social problems, since it has a serious impact on both the physical and psychological state of the patient. The aim of the study was to study the personal characteristics of patients undergoing osteochondrosis, depending on gender. In the biofeedback laboratory, 638 patients were examined. There were 85 men (13.3%) men, 553 women (86.7%). The average age of patients was  $56.3 \pm 2.2$  years. In men, it is  $55.9 \pm 2.3$  years, in women –  $57.0 \pm 2.2$  years ( $p = 0.124$ ). To determine the psychological characteristics, a standardized multifactorial method of personality research was used. Thus, we noted that in the presence of osteochondrosis, various personal characteristics become inherent in the patients, which also depend on the gender of the patient. For women with this diagnosis, demonstrativeness, anxiety, manifestations of male traits are characteristic. Thus, the presence of osteochondrosis affects the personal characteristics of patients, which must be considered when conducting a comprehensive therapeutic approach.

**Key words:** personal questionnaire, mini SMIL, osteochondrosis, back pain, dorsopathy, gender features.

**Rylsky Alexey Vasilyevich.** E-mail: 79165850111@yandex.ru

Date of receipt 23.12.2019

Date of acceptance 15.02.2020