

## II. БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ В НЕВРОЛОГИИ

УДК 617.546/58-009.62-002.2

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОГО ПРОФИЛЯ ПАЦИЕНТОВ  
С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ  
В СПИНЕ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХЕ.А. Соков, Л.Е. Корнилова, Р.С. Соков,  
ГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Соков Евгений Леонидович – e-mail: 1346469@mail.ru

Обследованы 60 пациентов с хроническим болевым синдромом в спине и нижних конечностях. Группу сравнения составил 21 здоровый пациент аналогичного пола и возраста. Болевой синдром оценивался при помощи визуально-аналоговой шкалы, русифицированного Мак-Гилловского болевого опросника. Психологический профиль пациентов исследовался при помощи Стандартизированного многофакторного метода исследования личности (СМИЛ). Выявлено, что хронический болевой синдром в спине у пациентов сопровождается невротическими изменениями личности.

**Ключевые слова:** профиль личности, психоэмоциональные расстройства, хронический болевой синдром.

Study involved 60 patients from age of 29 to 79 years with diagnosis of lumbar dorsopathy complaining severe pain in back and lower extremities. Control group included 21 healthy individuals of similar age and gender. Psychological status was investigated with Standardized Multifactorial method of Studying Personality (SMSP) – short version of MMPI questionnaire.

Chronic back pain in the patient with dorsopathy is formed on the background of premorbid neurotic personality and thus should be considered while choosing preventive and curative measures.

**Key words:** personality profile, psycho-emotional disorders, chronic pain syndrome.

Известно, что хронические болевые синдромы часто сочетаются с психоэмоциональными расстройствами [1, 2, 3]. Однако вопросы, касающиеся влияния специфических личностных характеристик пациентов на хронический болевой синдром в спине и нижних конечностях, до сих пор не получили окончательного решения и трактуются неоднозначно.

Данные литературы указывают на различные возможные причинно-следственные взаимоотношения между эмоциональной дезадаптацией и манифестацией хронического болевого синдрома.

В 1999 г. R. Melzack предложил нейроматриксную теорию боли, согласно которой многоплановое переживание боли связано с нейронной сетью, которая образует нейроматрикс. Нейронные петли дивергируют в пространстве и формируют три основных нейромодуля в соответствии с тремя главными психологическими компонентами болевого ощущения: сенсорно-дискриминативный; аффективно-мотивационный; оценочно-познавательный. Обработка данных в нейромодулях завершается конвергенцией информации, взаимодействием между ними и формированием конечного результата. Непрерывный, исходящий из нейроматрикса поток импульсов направляется в следующий компонент системы – сенсорный невральный центр, в котором происходит оценка этого потока сигналов, его осознание, осмысление и накопление опыта [4].

Другие авторы полагают, что психосоциальные стрессы и аффективные расстройства формируют повышенную

чувствительность периферических ноцицепторов. У пациентов возникает снижение порога восприятия боли. При продолжительной болевой стимуляции происходит перевозбуждение нормальных сенсорных нейронов, что приводит к выделению в нервных окончаниях нейропептидов, скоплению и дегрануляции тучных клеток с высвобождением серотонина и гистамина и, как следствие, к возникновению нейрогенного воспаления. Лечение аффективных нарушений – назначение антидепрессантов – в таких случаях приводит к редукции не только собственно психопатологических расстройств, но и клинических проявлений соматической патологии [5].

Б. Любан-Плоцца и соавторы (2000) приводят мнение, что пациенты с болями в области позвоночника по большей части трудно справляются со своими внутренними проблемами. Перед лицом фрустрирующих ситуаций и нарциссических обид они реагируют направленной внутрь агрессией, которая может иметь соматические последствия в виде хронического болевого синдрома в позвоночнике [6].

По мнению В.Д. Менделевича (2005), в механизме развития болевого синдрома в позвоночнике важную роль играет эмоциональное состояние человека. Страх и тревога могут приводить к напряжению скелетных мышц и способствовать образованию мышечного каркаса, который, в свою очередь, может провоцировать формирование неадекватного двигательного стереотипа. У пациентов с высоким уровнем тревожности и обусловленным им высоким мышечным тонусом формируется поза с напряжением

мышц торса, прямой и «одеревенелой» спиной. Из психологических особенностей больных выделяются нетерпеливость, суетливость, несобранность и, как следствие, нарушение координации движений. В структуре личности человека, заболевшего остеохондрозом шейного и поясничного отделов позвоночника, могут преобладать черты застенчивости, скромности, робости и зависимости от авторитетов, которые внешне проявляются в формировании осанки. Среди факторов, определяющих тип психического реагирования на остеохондроз, важным оказывается представление об этом заболевании как о тяжелом страдании. Отмечается высокий рейтинг остеохондроза как серьезной патологии по сравнению с другими заболеваниями у пациентов с неадекватным двигательным стереотипом [7].

Таким образом, влияние личностных характеристик пациентов на развитие хронического болевого синдрома в спине и конечностях связывается с предрасположенностью к эмоциональному стрессу и неадаптивным типам отношения к болезни, а также с позно-динамическим выражением психологических установок. При этом восходящий поток болевых импульсов, изменяя функциональное состояние головного мозга, создает предпосылки для формирования эмоциональной дезадаптации, развития нейропсихологических нарушений.

**Цель исследования:** изучить профиль личности пациентов с хроническим болевым синдромом в спине и нижних конечностях.

### Материал и методы

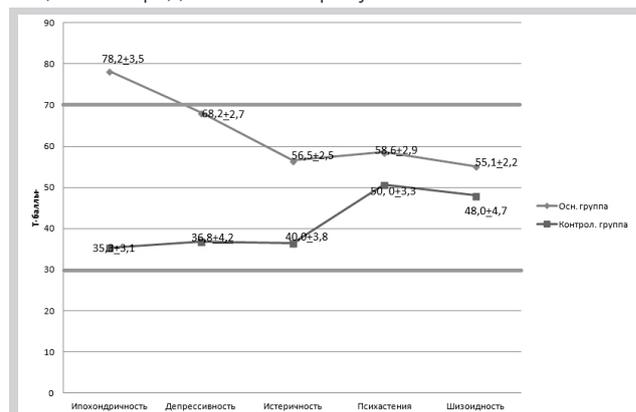
Обследовали 60 пациентов (32 мужчин, 28 женщин) от 29 до 79 лет с диагнозом: поясничная дорсопатия с выраженным болевым синдромом в спине и нижних конечностях. Средняя длительность заболевания составляла  $11,5 \pm 0,4$  года, количество обострений в год –  $2,9 \pm 0,1$  раза, продолжительность последнего обострения –  $3,6 \pm 0,1$  месяца. Группу сравнения составил 21 здоровый пациент, сопоставимый по полу и возрасту. Всем пациентам были проведены детальный сбор анамнеза, клинический, алгический, нейропсихологический и нейрофизиологический методы исследования. Диагноз поясничной дорсопатии подтверждался рентгенологически, путем компьютерной или магнитно-резонансной томографии. Клинический метод включал в себя исследование неврологического и нейроортопедического статуса. Количественная и качественная оценка болевого синдрома производилась с применением 10-балльной визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) и русифицированного Мак-Гилловского болевого опросника (РМБО). Математическая обработка данных РМБО производилась путем подсчета общего числа выбранных дескрипторов (ЧВД) и рангового индекса боли (РИБ), а также ЧВД и РИБ сенсорного, аффективного и эвалютивного классов. По ЧВД и РИБ сенсорного класса оценивалась периферическая составляющая боли, по ЧВД и РИБ аффективного класса – психоэмоциональный компонент болевого феномена, который имеет центральное происхождение и формируется на различных уровнях функционирования головного мозга [4, 8].

Психологический профиль исследовался при помощи Стандартизированного многофакторного метода исследования личности (СМИЛ) – сокращенного варианта опросника ММРП [9].

Результаты исследований подвергли статистической обработке с использованием статистического пакета SpSS 16.0. Анализ закона распределения данных проводился с использованием теста Колмогорова-Смирнова, все исследуемые данные имели нормальное распределение. Достоверность различий в группах оценивалась с помощью критерия Стьюдента.

### Результаты исследования

При поступлении пациенты основной группы предъявляли жалобы на боли в спине и ноге, усиливающиеся при движении и в положении лёжа. В неврологическом статусе выявлено ограничение движений в поясничном отделе позвоночника, напряжение паравертебральных мышц, болезненность остистых отростков и паравертебральных точек на уровне L5, S1 позвонков, задних верхних остей подвздошных костей. Было выявлено снижение ахиллова рефлекса на стороне боли, гипестезия в зоне иннервации соответствующего корешка. Болевой синдром у пациентов основной группы по данным визуально-аналоговой шкалы был равен  $6,7 \pm 1,8$  балла, что соответствовало выраженному уровню. По данным русифицированного Мак-Гилловского опросника боли РИБ общий составлял  $20,5 \pm 1,1$ , ЧВД общее –  $9,0 \pm 0,8$ , РИБ сенсорного класса –  $11,1 \pm 0,7$ , ЧВД сенсорного класса –  $4,9 \pm 0,5$ , РИБ аффективного класса –  $5,7 \pm 0,4$ , ЧВД аффективного класса –  $3,2 \pm 0,3$ , РИБ эвалютивного класса –  $3,2 \pm 0,4$ . Данные указывали на высокие значения как количественных, так и качественных параметров боли. Значения ЧВД и РИБ сенсорного и аффективного классов РМБО указывали на наличие у пациентов в структуре болевого синдрома выраженного как периферического, так и центрального психоэмоционального компонентов. Данные личностного профиля пациентов представлены на рисунке.



### Рис.

**Усредненный личностный профиль пациентов основной и контрольной групп.**

Усредненный личностный профиль СМИЛ пациентов с дорсопатией выходил за пределы нормативного коридора, имел пятифазный пиковый профиль с пиками по шкале ипохондричности, шкале депрессивности, шкале истеричности, по шкале психастении, шизоидности и характеризовался как невротический профиль или профиль с негативным наклоном, что указывало на избыточную эмоциональную напряженность, тревожность, депрессивность, повышенную сосредоточенность на самочувствии, наклонность

к страхам, астению, дезадаптацию по невротическому типу.

Усредненный личностный профиль СМИЛ у здоровых пациентов контрольной группы достоверно отличался от профиля пациентов с дорсопатией: был расположен в пределах нормативного коридора от 30Т до 70Т, имел двухфазный пикообразный профиль с пиками по шкалам психастении и шизоидности, что указывало на наличие тревожно-мнительного типа характера, чувствительности и эмоциональной отчужденности в межличностных отношениях, при этом выявлялась позитивная самооценка и отсутствовала дезадаптация по невротическому типу.

Типы личностного реагирования представлены в таблице.

#### ТАБЛИЦА.

**Типы личностного реагирования у пациентов основной и контрольной группы**

Типы реагирования	Основная группа (n=60)	Контрольная группа (n=21)
Слабый	21,60%	9,5%*
Смешанный ригидный	31,60%	14,2%*
Смешанный лабильный	31,60%	28,60%
Сильный	8,30%	42,9%*
Тип не установлен	18,50%	4,8%*

*Примечание:*  $p < 0,05$ .

Таким образом, у пациентов основной группы преобладали слабый и смешанный ригидный типы реагирования, а у пациентов контрольной группы – сильный ( $p < 0,05$ ).

Корреляционный анализ выявил достоверную положительную связь между интенсивностью боли по РИБ аффективного класса и шкале ипохондрии ( $r = 0,37$ ,  $p < 0,05$ ), что указывает на влияние личностных особенностей пациента в виде сенситивно-тревожной гиперсоциализации на восприятие болевого ощущения в спине и нижних конечностях.

#### Обсуждение и выводы

Проведенное исследование выявило доминирование определенных личностных характеристик у больных с хроническим болевым синдромом в спине и нижних конечностях. Результаты тестирования указывают на преобладание у пациентов с хроническими болевыми синдромами таких личностных особенностей, как склонность к социальной пассивности, подчиняемости. Медленная адаптация к условиям деятельности, плохая переносимость смены обстановки, плохое самообладание в ходе межперсональных конфликтов. В сфере самочувствия – чрезмерное внимание к функциям собственного организма. Также

выявлена тенденция к снижению фону настроения, неуверенности в своих силах, тревоге, повышенному чувству вины, ослаблению волевого контроля, повышенной чувствительности и обидчивости. Склонность к острому переживанию неудач, к волнениям, к повышенному чувству вины с самокритичным отношением к своим недостаткам, с неуверенностью в себе.

Корреляционная связь между шкалой ипохондрии и аффективными составляющими болевого синдрома у пациентов свидетельствуют о влиянии личностных особенностей пациента на восприятие болевого синдрома в спине. Полученные данные необходимо учитывать при выборе профилактических и лечебных мероприятий.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ 12-06-00146-а.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Березанцев А.Ю. Соматопсихические и психосоматические расстройства: вопросы систематики и синдромологии (клинико-психологический аспект). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 1. URL: <http://medpsy.ru>
- Berezantsev A.YU. Somatopsikhicheskie i psikhosomaticheskie rasstrojstva: voprosy sistematiki i sindromologii (kliniko-psikhologicheskij aspekt). [Elektronnyj resurs] // Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: ehlektron. nauch. zhurn. 2011. N 1. URL: <http://medpsy.ru>
- Григорьева В.Н. Психосоматические аспекты нейрореабилитации. Хронические боли. Ниж. Новгород: Издательство НижГМА, 2004.
- Grigor'eva V.N. Psikhosomaticheskie aspekty nejroreabilitatsii. Khronicheskie boli. Nizh. Novgorod: Izdatel'stvo NizhGMA, 2004.
- Marras W.S., Davis K.G., Heaney C.A., Maronitis A.B., Allread W.G. The influence stress, gender, and personality on mechanical loading of the lumbar spine. Spine. 2000. Vol. 25. P. 3045-3054.
- Melzak R. Pain and Stress: A New Perspective In: Psychosocial Factors in Pain New York, London The Guilford Press., 1999.
- Von Korff M., Simon G. The relationship between pain and depression. British Journal of Psychiatry, 1997. Suppl. 30. P. 101-108.
- Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Ледерах-Хофман К. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. СПб. 2000. Lyuban-Plottsa B., Pel'dinger V., Kreger F., Lederakh-KHofman K. Psikhosomaticheskie rasstrojstva v obshhej meditsinskoj praktike. SPb. 2000.
- Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: учеб. пособие. Издательство: МЕДпресс-информ, М. 2005.
- Mendelevich V.D. Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: ucheb. Posobie. Izdatel'stvo: MEDpress-inform, M. 2005.
- Соков Л.П., Соков Е.Л., Соков С.Л. Клиническая нейротравматология и нейроортопедия: Руководство. М.: ИД «Камерон», 2004.
- Sokov L.P., Sokov E.L., Sokov S.L. Klinicheskaya nejrotravmatologiya i nejroortopediya: Rukovodstvo. M.: ID «Kameron», 2004.
- Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. М.: Ин-т прикладной психологии, 1998.
- Sobchik L.N. Vvedenie v psikhologiyu individual'nosti. Teoriya i praktika psikhodiagnostiki. M.: In-t prikladnoj psikhologii, 1998.