

Секция «Клиническая психология, психосоматика и психология телесности»

**Роль психологических факторов и личностных особенностей человека в возникновении и развитии МБС**

**Научный руководитель – Кузенко Светлана Сергеевна**

***Иванова Лидия Юрьевна***

*Студент (магистр)*

Южный федеральный университет, Факультет психологии, Кафедра психофизиологии и клинической психологии, Ростов-на-Дону, Россия

*E-mail: lidiyastud2017@gmail.com*

В современном мире проблема заболеваний позвоночника получила широкое распространение.[3] По данным экспертов ВОЗ, почти 90% людей хотя бы один раз в жизни испытывали боли в спине.[1,4] Актуальность исследования объясняется тем, что нет параллелизма между выявляемыми изменениями в позвоночнике и тяжестью симптомокомплекса. Не всякий деформирующий артроз или спондилез, который отмечается как определенная стадия заболевания дает неврологические симптомы. Наоборот, у больных с радикулитами не всегда рентгенологически удается обнаружить какие-либо явления деформирующего спондилеза, артроза или остеохондроза. Так же у многих больных, на рентгенограмме которых выявляются незначительные костные изменения, может быть выражен миофасциальный болевой синдром, и напротив, при выявлении грубых костных деформаций МБС слабый, или вовсе отсутствует.[2,5,6,7,8]

Исследование показало, что наличие таких психологических факторов как тревожность, страх, и характерологических особенностей, которые проявляются в виде консервативности, уважения принципов, совестливости, ответственности, чувства вины, чувства долга, склонности к сильному контролю своих эмоций и поведения - влияют на количество обострений заболеваний позвоночного столба отягощенного миофасциальным болевым синдромом. Респонденты, имеющие в анамнезе частоту обострений свыше пяти раз в год обладают ярко выраженными характеристиками, присущими депрессивным людям, они легко возбудимы, психоэмоционально напряжены, невротически утомляемы, холодны, замкнуты, склонны к ригидности в своих установках и поведении. По мере снижения количества обострений бледнеет и вышеописанная симптоматика. Статистический анализ, показавший достоверные различия между тремя группами по всем исследуем факторам, подтвердил, что данные факторы связаны с количеством сезонных обострений заболевания. Таким образом, подтверждается гипотеза о связи личностно-характерологических особенностей человека клинической картиной заболевания.

**РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЧЕЛОВЕКА В ВОЗНИКНОВЕНИИ И РАЗВИТИИ МБС**

*Аннотация: Статья посвящена изучению характерологических особенностей лиц с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника сопровождающихся миофасциальным болевым синдромом разной степени выраженности. Исследование акцентируется на выявлении вероятной связи между особенностями психологических личностных факторов и количеством обострений заболевания в год. Проведена оценка роли личностных особенностей человека в этиологии и патогенезе миофасциального синдрома.*

Установлена взаимосвязь между определяющими поведением личностными чертами и особенностями протекания заболевания.

*Ключевые слова:* МБС (миофасциальный болевой синдром), личностные психологические особенности,

*Abstract:* The article is devoted to the study of the characterological features of individuals with degenerative-dystrophic diseases of the spine accompanied by myofascial pain syndrome of varying levels. The study focuses on identifying the likely relationship between the characteristics of psychological personality factors and the number of exacerbations of the disease per year. The role of personal characteristics of a person in the etiology and pathogenesis of myofascial syndrome is assessed. The relationship between the personality traits that determine behavior and the course of the disease has been established.

*Key words:* myofascial syndrome, personality characteristics.

В современном мире проблема заболеваний позвоночника получила широкое распространение. [3] По данным экспертов ВОЗ, почти 90% людей хотя бы один раз в жизни испытывали боли в спине. [1,4] Актуальность исследования объясняется тем, что дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника отягощенные миофасциальным синдромом имеют некоторую особенность в этиологии и патогенезе, а именно: не всякий деформирующий артроз или спондилез, который отмечается как определенная стадия заболевания дает неврологические симптомы. Наоборот, у больных с радикулитами не всегда рентгенологически удается обнаружить какие-либо явления деформирующего спондилеза, артроза или остеохондроза. Так же у многих больных, на рентгенограмме которых выявляются незначительные костные изменения, может быть выражен миофасциальный болевой синдром, и напротив, при выявлении грубых костных деформаций МБС слабый, или вовсе отсутствует. [3,9,10,11,12] Появление МБС связывают с травматизацией, которая возникает в результате постоянных или часто повторяющихся сокращений. Хроническое повышение активации симпатической нервной системы увеличивает тонус скелетной мускулатуры, а избыточное раздражение симпатической системы обуславливает гипертонус мышц. [3,11] Известно так же влияние простуды, изменения барометрического давления, охлаждения и тому подобных факторов на возникновение болевого синдрома. Но влияние этих факторов практически не поддается объяснению. [9,10] Неясным остается и факт стихания болевого синдрома при необратимости дегенеративных изменений в позвоночнике. [9]

Все вышеперечисленное определило цели и гипотезу данного исследования:

Цели:

- 1) Определить роль психоэмоционального фактора в этиологии и патогенезе МБС.
- 2) Определить доминирующие характерологические черты и психологические особенности, формирующие личностную характеристику человека.
- 3) Выявить взаимосвязь между особенностями личностной структуры и патогенезом заболевания.

Гипотеза: психологические и характерологические особенности депрессивной направленности, усугубляют патогенез заболевания.

На уровне психической сферы стресс проявляет себя как тревога различной степени выраженности. Тревожность - характерный ответ организма на психоэмоциональное напряжение; характерный настолько, что может считаться объективным симптомом стресса независимо от его этиологии [3,7,8] В зависимости от индивидуального психологического статуса тревожность, присущая переживанию стрессовой ситуации перерастает в физиологический стресс - напряженность, или патологический стресс- ощущения неопределенной

угрозы, эмоций страха или даже ужаса, убежденности в неблагоприятном исходе событий, нарушая при этом адаптивное поведение человека. [2].

Эмоциональные факторы в «проживании» боли, такие как страх, депрессивные состояния тоже привлекают внимание. [3]. Romano и Turner [14] заключили, что от 40% до 50% людей с хроническими болями страдают депрессией. В большинстве случаев это реакция на свое состояние. Наличие депрессии и адаптивное поведение человека коррелируют с патологической мышечной реакцией больше, чем, к примеру, продолжительность боли. Существует предположение некоторых авторов о боли как о замаскированной форме депрессии. [3] Но люди с болевым синдромом не всегда страдают депрессией. Так с коллегами [13] изучая состояние пациентов выяснили, что между депрессией и болью есть оценка влияния боли на жизнедеятельность и контроль состояния зависит от выраженности такой эмоции как страх. Взаимосвязь между когнитивно-интерпретационными процессами и эмоциями, дает результат - размышление. Размышления определяют настроение, настроение в свою очередь, на оценочную систему и, в конечном итоге - на переживание боли. [3]

Для подтверждения гипотезы было проведено исследование. В нем приняли участие 64 респондента возрастной категории от 40 до 60 лет. **Объектом** исследования выступают пациенты, имеющие в анамнезе дегенеративно-дистрофические изменения позвоночного столба, отягощенные миофасциальным синдромом и разное количество обострений в году.

**Предметом** исследования являются личностные характеристики человека, его психо-эмоциональное и соматическое состояние.

В качестве основных методик были использованы: личностный многофакторный опросник (16-PF) Р. Кеттелла, Акцентуации характера ((Леонгард), Гиссенский опросник соматических жалоб и Метод выбора психологической стратегии поведения А.Бойко.

При анализе ответов по методике Кеттелла, который проводился по 16-ти личностным характеристикам (факторам), акцент пришелся на следующие факторы: эмоциональная стабильность-нестабильность, замкнутость- общительность, фактор нормативности поведения, фактор спокойствия и тревожности, самоконтроль, расслабленность-напряженность и в меньшей степени - консерватизм - радикализм и жесткость-чувствительность. По остальным факторам, например: Доверчивость-Подозрительность, Практичность-Мечтательность, Прямолинейность-Дипломатичность, Робость-Смелость, Сдержанность-Экспрессивность - плотность распределения испытуемых незначительна.

Относительно того, как распределились результаты ответов по факторам (характеристикам личности), условно можно выделить три группы. Одна из групп характеризуется такими чертами как замкнутость, ригидность, холодность, скептицизм и отчужденность, негибкость и критическая настроенность. Эти черты присущи 28 человекам из 64 опрошенных. По значениям фактора эмоциональной стабильности/нестабильности, они же имеют высокую степень выраженности фрустрации, эмоциональную возбудимость, раздражительность и невротическую симптоматику - нарушение сна, психосоматические расстройства, фобии. По фактору спокойствие - тревожность набраны критически значения соответствующие уровню тревожности; человек является склонным к депрессивным состояниям с преобладанием плохого настроения, мрачных предчувствий и беспокойства. В трудных ситуациях мобилизация отсутствует, а чувство тревожности усиливается. 42 человека из 64 определились этим показателем. По фактору расслабленность-напряженность набраны критические значения, соответствующие напряжению и возбудимости. По оставшимся факторам у данной группы средние значения. Единично встречаются ответы, в которых к вышеперечисленным факторам до-

бавляется фактор «М», который характеризует практичность - мечтательность (крайние низкие значения), «N» - описывающий, насколько человек прямолинеен или наоборот, дипломатичен в общении. Вышеизложенные факторы являются преобладающими в группе с количеством обострений свыше пяти раз в год.

Вторая группа это люди, у которых основным стал фактор консерватизм-радикализм и высокий самоконтроль и нормативность поведения. Представители данной группы склонны к сильному контролю общего поведения и эмоций, социально тщательны, отличаются повышенной требовательностью к себе, гипертрофированным чувством ответственности, руководствующимся долгом и моралью. Заботятся о социальной репутации, упрямы, убеждены в правильности того, чему их учили. Препятствуют и противостоят изменениям ситуационным или жизненным, традиционны и консервативны. Таких 12 человек из 64 опрошенных. В этой группе параллельно выражен фактор прямолинейность/дипломатичность, характеризующий некоторую форму тактического мастерства личности. Высокие оценки по этому фактору характеризуют личность как независимую и сложную натуру, они лидеры в аналитической сфере, дипломатичны. Эти характеристики свойственны людям, у которых количество обострений не превышает двух раз в год.

В последней группе выступают на передний план такие факторы как робость-смелость, по этому показателю люди характеризуются как застенчивые, робкие, предпочитающие «держаться в стороне», испытывают чувство собственной недостаточности, и фактор жесткость-чувствительность. По нему так же выражены высокие критические значения, что характеризует респондентов как слабых, зависимых, беспомощных, мечтательных и капризных, чрезмерно чувствительных, ранимых. Так же выражены факторы эмоциональная нестабильность/стабильность и расслабленность /напряженность. Значения, набранные по этому фактору ближе к полюсу С- характеризуют людей как неудовлетворенных жизненными ситуациями, своим здоровьем, считается так же, что такие индивиды имеют слабую волю. Высокая оценка по фактору расслабленность /напряженность (9-12 баллов) интерпретируется как энергетическая возбужденность, которая нуждается в определенной разрядке; иногда это состояние перерождается в психосоматическое нарушение: эмоциональная устойчивость падает, нарушается равновесие, может проявляться агрессивность. Такие люди практически никогда не становятся лидерами. Эти характеристики имеют пациенты, у которых обострения заболевания встречаются 2-4 раза в год.

Ответы, полученные при помощи методики Леонгарда, которые по мнению автора отображают стержень личности дополняют уже выявленные по опроснику Кеттелла черты: возбудимость, повышенная раздражительность, несдержанность, агрессия, смена настроений, склонность к переживанию по незначительным поводам. Возбудимость - черта свойственная всем опрошенным. В расчет берется 10 шкал (тревожность, педантичность и т.д).

Исходя из полученных данных можно проследить, что наиболее высокие значения получили шкалы Педантичность, Возбудимость, Тревожность и Эмотивность. (значения от 24 баллов). Эти черты сконцентрированы, в основном в группе с обострениями заболевания свыше пяти раз в год. Показания этих шкал свидетельствуют о наличии чрезмерной чувствительности в характере человека, ранимости, об отсутствии гибкости. Так же люди, которым свойственны эти характеристики, придают большое значение мелочам, они раздражительны, безынициативны, тревожны, беспокойны, напряжены, эмоционально возбудимы, избегают контактов. Общий фон настроения пониженный. Шкалы Экзальтированность и Застревание так же получили высокие значения. 36 человек отнесены к шкале Экзальтированность, 48 - Застревание. Высокая эмоциональная восприимчивость, неустойчивое настроение присуще характеристикам по шкале Экзальтированность. Такая

черта как застревание говорит о том, что обиды человек носит в себе долго, оскорбления забывает не скоро, неадекватно реагирует на критические замечания, подозрителен, мнителен, мстителен, честолюбив.

Для респондентов 2-й условной группы результаты по методике Леонгарда дополняют результаты, полученные по опроснику Кетелла такими чертами как гипертимность, демонстративность, Гипертимность - люди подвижные, эмоциональные, чрезмерно самостоятельные, стремятся командовать. Характерны вспышки гнева, раздражительность. Не выносят одиночества и жесткую дисциплину. Демонстративность - живой, подвижный тип характера. Человек с таким типом склонен выдумывать, лгать, притворяться, приукрашивать свои качества, имеет склонность к позёрству, жажде власти и похвалы, эгоцентризму. Провоцирует конфликты.

Для 3й группы характерны, в основном, средние значения по результатам опроса, но с верхним порогом нормы таких показателей, которые свойственны первой группе (Педантичность, Возбудимость, и Эмотивность). Показатель по шкале тревожности - высокий.

12 человек не попали в вышеперечисленные категории. По результатам опроса их значения не превышали средних.

Три вида стратегии (миролюбие, агрессия, избегание) по тесту «определение психологической защиты» Бойко распределились следующим образом: наибольшее число человек (48) имеют тип психологической защиты - избегание. Это соотносится с группой, имеющей наибольшее количество обострений в год. На оставшиеся 12 респондентов приходится тип защиты агрессия и миролюбие. Это люди, у которых количество обострений в году не превышает 4х раз с неяркой интенсивностью.

Статистический анализ, показавший достоверные различия между тремя группами по всем исследуем факторам, подтвердил, что данные факторы связаны с количеством сезонных обострений заболевания. Таким образом, подтверждается гипотеза о связи личностно-характерологических особенностей человека клинической картиной заболевания.

#### Выводы.

В результате проведенного исследования отмечается следующая тенденция: большинство опрошенных, независимо от пола обладают характеристиками, присущими депрессивным людям, склонным к возбудимости и напряженности с наличием мрачных предчувствий. Это легко фрустрируемые люди, невротически утомляемые, холодные, замкнутые, склонные к ригидности в своих установках и поведении. Все вышеперечисленное может являться причиной постоянного эмоционального напряжения, которое, в свою очередь, может вызывать мышечный и сосудистый спазм. Так же налицо склонность к морализаторству, беспокойство о том, чтобы поступать правильно, забота о деталях, консервативность и уважение принципов. Отдельного внимания заслуживают такие черты, как: совесть, ответственность, чувство вины, чувство долга, склонность к сильному контролю своих эмоций и поведения. Но они свойственны как людям с преобладанием депрессивных характеристик, так и людям, противоположными депрессивности характеристиками: безмятежный, спокойный, невозмутимый, устойчивый. Эти черты так же энергозатратны и могут вызывать повышенное эмоциональное напряжение и, в последствии, мышечный и сосудистый спазм, который приводит к головным болям и миофасциальному синдрому.

Результаты проведенного нами исследования дополняют уже имеющиеся научные знания по заявленной проблеме, и расширяют место психосоматики как науки в медицине.

#### Источники и литература

- 1) Ассоциация ревматологов России, Российское межрегиональное общество по изучению боли. Неспецифическая боль в нижней части спины. Диагностика, лечение, предупреждение. Клинические рекомендации для участковых терапевтов и врачей общей практики / Под ред. Ш.Ф. Эрдес и др. М., 2008. С. 12.
- 2) Голизек Э. Преодоление стресса за 60 секунд. Кратчайший путь к расслаблению и покою. // Пер с англ. М., 1995. С. 183
- 3) Данилов А.Б. Современные подходы к лечению боли. М, 2011. С. 37.
- 4) Данилов А.Б. Современные подходы к лечению боли.-Москва 20011- 37 с.
- 5) Данилов А.Б., Давыдов О.С. Нейропатическая боль М, 2007 С.12.
- 6) Манвелов Л.С., Кадыков А.С., Тюрников В.М. Поясничные боли (этиология, клиника, диагностика и лечение) // РМЖ. 2009. № 17. С. 11.
- 7) Миляев В. П. Комплексная программа физической реабилитации спортсменов при миофасциальном болевом синдроме. – Москва, 2013 -74 с.
- 8) Соколова Е.Б., Березин Ф.Б., Барлас Т.В. Эмоциональный стресс: психологические механизмы, клинические проявления, терапия // Materia medica/ 1996/ №1(19) С.5-25.
- 9) Тагер И.Л. Рентгенодиагностика заболеваний позвоночника. М, 1983, С. 154-158
- 10) Dommerholt J., Bron C., Franssen J. Myofascial trigger points: an evidence-informed review // J.Man.Manip.Ther.2006. Vol.14. P.206-221.
- 11) Gervin R. Miofascial pain syndrome: here we are, where must we go? // J. Musculoskeletal Pain. 2010. Vol.18. P.329-347.
- 12) Hoyle J.A., Marras W.S., Sheedy J.E. et al. Effects of of postural and visual stressors on myofascial trigger point development and motor unit rotation during computer work // J.Elektromyogr. Kinesiol.2011.Vol.16. P.41-48.
- 13) Okifuji A. Tark D.S. and Hermann J.J. 2000: Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: why aren't all patients depressed? // J Rheumatol/ 2000. Vol.27 P.212-219
- 14) Romano J.M. Turner J.A. Chronic pain & depression: does the evidens support a relationship? // Eur/ J. Pharmacol. 1995. Vol.294. P/ 469-473.

### Иллюстрации



**Рис. 1.** Распределение численности респондентов по степени выраженности симптома для всей выборки респондентов