ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ОСТЕОХОНДРОЗА И В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОКАЗАНИЙ РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Дипломная работа

Содержание

Введение

Глава 1. Литературный обзор

1.1 Определение остеохондроза позвоночника

1.2 Признаки остеохондроза

1.3 Этиология и патогенез остеохондроза как психосоматического заболевания

Глава 2. Организация, материалы и методы исследования

Глава 3. Результаты исследования

Глава 4. Обсуждение результатов

Глава 5. Обоснование выбора психотерапии

5.1 Рационально-эмотивная психотерапия

5.2. Определение показаний к рационально-эмотивной психотерапии

Выводы

Список литературы

Приложения

Введение

Остеохондроз является одним из самых распространенных хронических заболеваний человека. По статистике им страдают 85% населения земного шара, причем большинство из них женщины. Редко мы можем встретить человека особенно среднего возраста, который ни разу в своей жизни не ощущал чувства дискомфорта, неловкости или боли в спине. Остеохондрозом страдают молодые и пожилые люди, спортсмены и люди, пренебрегающие физическим нагрузками, люди, соблюдающие диету и не ограничивающие себя в питании и т.д.

Как известно в настоящее время в медицинских учреждениях лечение остеохондроза позвоночника не является эффективным. Зачастую в процессе лечения снимаются лишь симптомы заболевания, что приводит к непродолжительному эффекту и спустя некоторое время больные вынуждены вновь и вновь обращаться за помощью врача. Совершенствование качества лечения больных остеохондрозом позвоночника является не только медицинской, но и актуальной социально-экономической проблемой, поскольку заболеваемость и первичная инвалидность при дегенеративно-дистрофических поражениях позвоночника занимают во всем мире одно из первых мест.

Существует множество различных теорий, объясняющих причины возникновения данного заболевания (травматическая, обменно-эндокринная, сосудистая, инволюционная и т.д.). С позиции этих теорий остеохондроз рассматривается как чисто соматическое заболевание [Шмидт И.Р., 1970; Юмашев Г.С., Фурман М.Е., 1973; Попелянский Я.Ю. 1986; Антонов И.П., 1986 и др.]. В то же время имеется точка зрения, что остеохондроз является психосоматическим заболеванием [Блейлер М, 1950 и др.]. Основной причиной его возникновения является хроническое психоэмоциональное напряжение, вызванное внешними и внутренними конфликтами личности, неудовлетворенными потребностями, стрессами и т.д. Однако на данный момент нет единого мнения о психологических причинах возникновения остеохондроза позвоночника, и существует необходимость определения психологических факторов, лежащих в основе заболевания.

Также недостаточно исследованы психологические особенности больных остеохондрозом и нет дифференциации личностных особенностей больных в зависимости от вида остеохондроза.

Наконец, существует необходимость использования психотерапии при лечении остеохондроза, а программы психотерапевтического воздействия при лечении остеохондроза позвоночника не нашли должной разработки.

Объект работы:психологические и психофизиологические особенности больных остеохондрозом позвоночника.

Предмет работы: взаимосвязь психологических и психофизиологических особенностей больных остеохондрозом с уровнем проявления болезни (шейным, поясничным и распространенным).

Целью данной работы является выявление психологических и психофизиологических особенностей больных различными видами остеохондроза и определение показаний для психотерапии.

Задачи работы:

1. определить психологические особенности больных остеохондрозом и выявить психологическую типологию по видам остеохондроза позвоночника (шейный, пояснично-крестцовый и распространенный);
2. провести диагностику функционального состояния мозговых систем, обеспечивающих адаптационно-компенсаторные возможности организма по результатам динамической межполушарной омегаметрии;
3. определить показания для психотерапии и разработать в рамках рационально-эмотивной психотерапии рекомендации по лечению с учетом психологических особенностей больных различными видами остеохондроза позвоночника.

Гипотеза исследования: больные остеохондрозом позвоночника имеют психологические и психофизиологические особенности, связанные с локальными (шейным, пояснично-крестцовым, распространенным) проявлениями болезни.

остеохондроз мозговой психологический лечение

Глава 1. Литературный обзор

* 1. Определение остеохондроза позвоночника

Остеохондроз **–** это дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника, в основе которого лежит дегенерация диска с последующим вовлечением тел смежных позвонков, межпозвонковых суставов и связочного аппарата.

По локализации различают шейный, грудной, пояснично-крестцовый и распространенный остеохондроз. Чаще встречается поясничный остеохондроз (свыше 50% случаев), на шейный приходится более 25%, на распространенный – около 12% [25].

1.2 Признаки остеохондроза

Остеохондроз позвоночника – заболевание-хамелеон. Его проявления чрезвычайно разнообразны и изменчивы: то он вызывает мигрень или боли в животе, то прячется под маской стенокардии и т.д. Разнообразие болезненных проявлений зависит от поврежденного отдела позвоночника, от степени и характера изменений межпозвоночных дисков и окружающих тканей. Однако чаще заболевание проявляется болями в области шеи и спины, быстрой утомляемостью их мышц, неустойчивостью и слабостью позвоночника [25].

Обычно единственным признаком остеохондроза является боль. По характеру болевых ощущений, месту их локализации мы можем определить наличие того или иного вида остеохондроза (шейного, грудного или пояснично-крестцового).

Признаками шейного остеохондроза являются:

* боли и ограничение подвижности в шее
* похрустывание в шейных позвонках
* головные боли
* головокружения
* шум в ушах
* преходящие нарушения остроты зрения и слуха
* при резких поворотах головы может возникать головокружение, тошнота, рвота, иногда обморочное состояние
* нестабильность артериального давления
* боли в области сердца
* боли и ограничение подвижности в надплечьях и плечевых суставах
* слабость, онемение и нарушение чувствительности в руках
* быстрая утомляемость и раздражительность
* плохой сон
* метеочувствительность

Большинство симптомов шейного остеохондроза возникают из-за нарушения кровоснабжения головного мозга по позвоночным артериям. На уровне шестого шейного позвонка в отверстие позвоночного столба входит позвоночная артерия, а на уровне второго позвонка она выходит и, проникая в полость черепа, снабжает кровью мозговой ствол, гипоталамус, мозжечок. При остеохондрозе в результате напряжения мышц или сдвига позвонков просвет артерии сужается, и мозг перестает получать достаточное количество крови. К тому же позвоночная артерия оплетена волокнами симпатического нерва, передающего болевые сигналы. При шейном остеохондрозе волокна нерва раздражаются, и на мозг обрушивается поток болевых импульсов. Вследствие чего возникают сильные головные боли в шейно-затылочной части, тошнота, головокружение, шум в ушах и т.д. [5].

Грудной остеохондроз:

* боли и скованность в межлопаточной области
* ограничение подвижности в грудном отделе позвоночника
* затруднение дыхания
* опоясывающие боли на уровне грудной клетки или живота, усиливающиеся при неловких движениях, перемене положения тела, чихании, кашле, тряской езде и т. п.
* боли в сердце
* аритмии (нарушение частоты и ритма сердечных сокращений)

В грудном отделе позвоночника редко бывают нарушения, сопровождающиеся острой болью, как правило, больные жалуются на тупые боли в этой области, на боли при дыхании.

Очень часто боли, возникающие при грудном остеохондрозе, путают с сердечными болями. Отличие заключается в следующем: при стенокардии боль возникает не только при движении, но и в состоянии покоя, ее можно снять валидолом или нитроглицерином [5].

Различие же между ишемической болезнью сердца и межреберной невралгией в том, что при остеохондрозе у пациента нормальная (или почти нормальная) электрокардиограмма, отсутствуют такие сердечные симптомы, как резкая бледность, синюшность, землистость кожных покровов, холодный пот и тому подобное.

Существует еще один признак, который стопроцентно доказывает, что у больного не инфаркт, - это отсутствие страха смерти. Кроме того, при пальпации соответствующих позвонков при остеохондрозе определяется локальная болезненность в области прохождения нервов.

Из сегментов грудного отдела получают нервное обеспечение практически все органы грудной и брюшной полости: сердце, легкие, печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, желудок и кишечник. Поэтому боли, возникающие при грудном остеохондрозе трудно отличить от болей, исходящих от внутренних органов.

Симптомы пояснично-крестцового остеохондроза:

* боли, тяжесть, скованность в пояснично-крестцовой области
* боль, распространяющаяся в ногу
* нарушение чувствительности: сначала – повышение болевой и тактильной чувствительности, затем – снижение болевой и тактильной чувствительности
* ощущение покалывания, ползания мурашек в ногах
* слабость и атрофия мышц ног
* похолодание и онемение конечностей
* задержка или недержание мочи вследствие нарушения регуляции работы мышцы и сфинктера мочевого пузыря
* нарушение работы органов пищеварения, почек
* снижение потенции

Нередко у одного и того же больного отмечаются проявления остеохондроза в двух (чаще всего в поясничном и шейном), а иногда и во всех отделах позвоночника. Такой остеохондроз называется распространенным.

* 1. Этиология и патогенез остеохондроза как психосоматического заболевания

До сих пор ученые не пришли к единому мнению о причинах развития остеохондроза позвоночника, в результате чего возникло множество точек зрения по данному вопросу, появились различные теории, зачастую противоречащие друг другу. Чаще всего к причинам возникновения остеохондроза относят следующие:

1. частые и чрезмерные нагрузки (поднятие тяжестей, резкие движения и т.д.).
2. слабое физическое развитие.
3. генетическая предрасположенность.
4. механическая травматизация позвоночника.
5. неправильная осанка.
6. врожденные аномалии позвоночника.
7. недостаток двигательной активности (гиподинамия).
8. нарушение обмена веществ в организме.
9. непрофессиональное лечебное воздействие на позвоночник (массаж, мануальная терапия и т.д.).

Эти причины как каждая по отдельности, так и в совокупности приводят к двум основным процессам, вызывающим остеохондроз, - это нарушение питания межпозвоночных дисков и позвонков, а также их микротравматизация.

Среди всего многообразия существующих теорий развития остеохондроза на данный момент нет ни одной, которая могла бы удовлетворительно объяснить природу заболевания. Наиболее распространенными являются следующие теории:

Травматическая теория: микротравматизация элементов опорно-двигательного аппарата из-за повышенных (чрезмерных) или незначительных, но постоянных и однотипных нагрузок, нарушения стереотипа движений, антифизиологических поз. Избыточные нагрузки приводят к более быстрому изнашиванию межпозвонковых дисков, а антифизиологические позы — к подвывихам в межпозвонковых суставах и формированию плохой подвижности в различных отделах позвоночного столба [Юмашев Г.С., Фурман М.Е., 1973; Попелянский Я.Ю. 1986 и др.].

Инволюционная теория:остеохондроз является результатом преждевременного старения и изношенности межпозвонковых дисков. Не понятно, как с позиции этой теории объяснить тот факт, что остеохондроз диагносцируют в детском и юношеском возрасте, а также то, что клинические проявления заболевания в среднем возрасте встречаются в 1,5-3 раза чаще, чем в старческом [Новотельников С.А., 1955; Клионер И.Л., 1962; Динабург А.Д., Фурман Б.Л., 1978 и др.].

Теория наследственности: авторы выдвигают идею наследственной генетической предрасположенности к возникновению и развитию остеохондроза позвоночника. Заболевание остеохондрозом позвоночника чаще носит семейный характер [Шмидт И.Р., 1970 и др.].

Сосудистая теория.Развитию остеохондроза позвоночника способствует сосудистый фактор: сужение сосудов и как следствие нарушение питания межпозвоночных дисков и вывода продуктов обмена, что может ускорять развитие в них дегенеративно-дистрофических изменений.

Аутоиммунная теория.В ней описаны наблюдаемые аутоиммунные изменения (когда организм начинает вырабатывать антитела к клеткам собственных органов) при остеохондрозе позвоночника. Но аутоиммунные явления в той или иной степени выраженности присутствуют практически при любой патологии [Осна А.И., 1970; Антонов И.П., 1986].

Эндокринная и обменная теории:остеохондроз как реакция на эндокринные и обменные нарушения [Соломатов В.Г. 1998 и др.].

Аномалийная теория: Аномалии развития опорно-двигательного аппарата приводят к статической и динамической перегрузке отдельных отделов позвоночника и провоцируют развитие дегенеративно-дистрофических процессов.

Как видно авторы вышеперечисленных теорий рассматривают остеохондроз как чисто соматическое заболевание. Они забывают о том, что человек представляет собой целостную личность, объединяющую в себе биологические, социальные и психологические особенности.

Мы отдаем ведущую роль в возникновении и развитии остеохондроза позвоночника психологическим факторам и относим его к кругу психосоматических заболеваний. Но вместе с тем мы не отрицаем влияния на патогенез остеохондроза травматических, сосудистых, обменных и других факторов.

Блейлер М. (1950) в своей классификации психосоматических расстройств относит остеохондроз позвоночника наряду с гипертонической болезнью, язвой желудка, бронхиальной астмой и др. к психосоматозам в узком смысле слова, основную роль в возникновении и развитии которых играет психотравмирующий компонент.

Березин Ф.Б. с соавт. (1998) подразумевают под психосоматическими нарушениями такие формы соматической патологии, в возникновении и клиническом течении которых психофизиологические соотношения играют решающую роль.

Характерной особенностью больных психосоматическими расстройствами и собственно причиной увеличения интенсивности физиологических реакций, приводящих к развитию психосоматического заболевания является недостаточная способность к адекватному отреагированию эмоций в поведении. Она может быть связана с выраженной склонностью к контролированию собственного поведения, которая в значительной мере определяется потребностью следовать принятой норме, выглядеть социально благополучно, соответствовать социальным ожиданиям и т.д.

Затруднения в отреагировании эмоций могут быть также обусловлены недостаточной способностью к их осознаванию и выражению. К тому же при психосоматических расстройствах эмоциональное напряжение определяется не изолированной эмоцией, а одновременным существованием противоречивых эмоций (например, тревоги и агрессии, гнева и депрессии, чувства зависимости и честолюбия). Противоречивость эмоций возникает в значительной мере вследствие дисгармоничности личности, поскольку стереотипы эмоционального реагирования тесно связаны с определенными личностными особенностями.

Дисгармоничная комбинация личностных черт способствует внутренней противоречивости, сосуществованию сравнимых по силе, но несовместимых потребностей (внутренний конфликт). Этот конфликт, с одной стороны, усиливает фрустрацию и тревогу, а с другой – препятствует осознаванию эмоций и приводит к блокаде отреагирования каждой из них. Кроме того, в результате внутреннего конфликта формы поведения, которые при эффективной психической адаптации детерминируются определенной эмоцией или личностной характеристикой, взаимно тормозятся, что затрудняет преодоление эмоциональных проблем, поскольку осложняет выбор адекватной поведенческой стратегии, направленной на разрешение ситуации. В результате эмоциональное напряжение переходит в форму различной соматической патологии (сердцебиение, диспепсические симптомы, ощущение мышечного напряжения и т.д.). И как следствие этого возникающие трудности относятся на счет физического здоровья, тем самым уменьшается тревога, обусловленная трудно разрешимыми проблемами, появляется возможность найти социально приемлемый выход из стрессогенной ситуации, избежать несостоятельности перед лицом требований среды [3].

Таким образом основным фактором, вызывающим развитие остеохондроза позвоночника является хроническое эмоциональное напряжение (негативные эмоции), вызванное различными конфликтами личности, нерешенными социальными проблемами, неудовлетворенными и противоречивыми потребностями, неспособностью адекватно проявлять эмоции, кризисами в межличностных отношениях, стрессами и т.д.

В развитии остеохондроза позвоночника особое значение придается повышению мышечного тонуса, возникающего вследствие эмоционального напряжения. Эмоции человека, изначально призванные для мобилизации на защиту, теперь чаще скрываются, подавляются, встраиваются в специальный контекст. В конфликтной ситуации мы вынуждены сохранять спокойствие, поэтому мы рефлекторно напрягаем мышцы, не давая возможности нашим эмоциям вырваться наружу. Мышцы, подвергаясь длительному напряжению, привыкают к этому состоянию, что запечатлевается в долговременной памяти. Это приводит к поддержанию мышц в состоянии непрерывного спазма. Особенно заметны последствия мышечной гипертензии в поясничной и шейной областях позвоночника.

Длительное мышечное напряжение чревато неприятными последствиями для позвоночного столба в целом и для его дисков в частности. При длительном напряжении мышц сдавливаются находящиеся в них сосуды и, прежде всего вены, т.к. они более податливы к сдавливанию. В результате затрудняется отток крови из вен, соединяющих межпозвоночный диск с позвонком. Нарушение венозного кровотока способствует образованию тромбов в венах. В результате этого вены запустевают, склерозируются, что препятствует процессам диффузии. Кроме того, сокращенные диски сближают позвонки и, следовательно, сдавливают диск. В сдавленном диске повышается давление, что ухудшает проникновение крови по артериям из позвонка в диск. Таким образом, длительное напряжение мышц затрудняет процессы диффузии, нарушает поступление питательных веществ в диск и вывод из него ненужных продуктов обмена. Все это ведет к возникновению и развитию остеохондроза [8].

Если по вопросу этиологии остеохондроза существует множество различных точек зрения, то в механизмах его развития ученые единодушны. В патогенезе остеохондроза позвоночника выделяют четыре стадии (периода):

1. Период внутридискового патологического процесса (или период хондроза). Из-за нарушения питания пульпозное ядро начинает терять влагу и постепенно превращается из однородной желеобразной массы в структуру негомогенную, разделенную плотными комочками и прожилками. Усыхая, ядро теряет свою упругость, уменьшается в размере и поэтому уже не может полноценно противодействовать нагрузке на позвоночник.

2. Период нестабильности позвоночного сегмента.На этой стадии начинаются изменения в фиброзном кольце: происходит надрыв его внутренних слоев, и в образовавшуюся трещину начинают проникать частички поврежденного пульпозного ядра. В том месте фиброзного кольца, куда внедряются элементы ядра, появляется грыжевое выпячивание (протузия) диска. Оно давит на лежащие вблизи нервы и сосуды, что приводит к нарушению кровоснабжения головного мозга и нервной регуляции внутренних органов. А отсюда – головокружение, головная боль, онемение рук и другие многочисленные клинические симптомы остеохондроза.

Уменьшение высоты диска, ведет к сближению пограничных с ним позвонков. Суставные отростки соседних позвонков начинают тереться друг об друга, что приводит к резкому нарушению подвижности данного участка позвоночника.

3. Период формирования грыжи. Это самая короткая из всех стадий.Здесь происходит окончательный разрыв диска и выход его фрагментов наружу. Если грыжа выходит в сторону спинномозгового канала или межпозвонкового отверстия, то она входит в конфликт с нервными и сосудистыми структурами, возникает компрессия этих структур с весьма яркими неврологическими синдромами компрессии корешков спинномозговых нервов или синдромов миелопатии.

4. Период фиброза диска и тотального изменения в других структурах.Этостадия частичного рассасывания выпавшего секвестра с последующим его обызвествлением, то есть пропитыванием кальцием, и образования фиброзного соединения между телами позвонков в месте поврежденного диска. Минерализация диска и его фибротизация приводят к ограничению подвижности в сегменте.

При естественном течении (т.е. при соблюдении щадящего режима) восстановительный период завершается в среднем за шесть-восемь месяцев.

Т.к. остеохондроз позвоночника является психосоматическим заболеванием, то первостепенное значение имеет изучение психологических факторов, лежащих в основе заболевания и влияющих на его хронизацию, а также личностных особенностей данной категории больных. Из анализа доступной нам литературы можно сделать следующие выводы:

1. на сегодняшний день не выявлены психотравмирующие факторы (конкретные внутренние конфликты, социальные или межличностные проблемы и т.д.), влияющие на возникновение заболевания.

2. исследования психологических особенностей больных остеохондрозом немногочисленны и в основном ограничиваются изучением:

а) особенностей больных с длительным болевым синдромом, а также зависимости восприятия боли от личностных характеристик больного. Тюрина О.Г. с соавт. [9, 26] выявила, что порог болевой чувствительности, особенности и интенсивность болевого синдрома напрямую зависят от особенностей личности и психического состояния пациента, таких как напряженность, тревожность, повышенная чувствительность к стрессовым воздействиям, склонность к пессимистической оценке перспективы, повышенное внимание к своим ощущениям, ригидность, склонность к фиксациям и ипохондрическая настроенность. В свою очередь длительный болевой синдром нарушает адаптацию больных, приводит к снижению качества жизни, часто сопровождается формированием психопатологических изменений.

б) влияния личностных особенностей больных на хронизацию неврологических проявлений остеохондроза позвоночника. Так, например, Григорьева В.Н. выделила ряд психологических факторов, способствующих хронизации неврологических синдромов у больных остеохондрозом позвоночника, среди них наличие психической дезадаптации, слабый или смешанный типы личностного реагирования и ригидность мышления [6, 7].

в) влияния индивидуально-личностных особенностей на эффективность лечения данного заболевания. В работах [7, 26] выявлено отрицательное влияние на эффективность реабилитации больных остеохондрозом тревожно-фобических расстройств (особенно страха боли), высокого уровня невротизации и психоэмоционального напряжения, низкой стрессоустойчивости, ипохондрической настроенности и неосознаваемой условной желательности заболевания.

В основном исследователи занимаются изучением личностных особенностей, характерных для всей популяции больных остеохондрозом, и поэтому в работах практически нет разграничения характеристик в зависимости от локализации заболевания, возраста и пола больных [7, 21].

3. на сегодняшний день нет достаточно разработанной и структурированной программы эффективной психотерапевтической помощи больным остеохондрозом позвоночника, хотя все авторы признают ее необходимость [4, 6, 9, 21, 26]. Из всего множества проанализированной литературы лишь у Григорьевой В.Н. [6] была разработана программа психокоррекционной работы с больными остеохондрозом позвоночника. Преимущества данной программы в том, что она включала воздействие на трех уровнях: эмоциональном, когнитивном и поведенческом, и осуществлялась с учетом индивидуальных личностно-типологических характеристик больных. Данная программа включала, во-первых, воздействие на эмоциональное состояние больного. Проводились внушение в состоянии бодрствования и/или в гипнотическом состоянии чувства покоя, расслабленности, уверенности в себе; помощь в отреагировании отрицательных эмоций гнева и раздражения; помощь в изменении эмоциональных реакций при воспоминаниях о психотравмирующих ситуациях. Во-вторых, осуществлялось воздействие на когнитивную сферу. Для этого применялись внушение уверенности в выздоровлении и в излечимости данного заболевания; помощь в осознании желаемого состояния здоровья и путей его достижения; помощь в осознании пациентом его ведущих потребностей и внутренних конфликтов. В-третьих, осуществлялось программирование желаемого поведения и желаемых состояний пациента. С этой целью применялось внушение соответствующих вариантов поведения, как имеющих отношение к ускорению выздоровления, так и касающихся ситуаций, не связанных с заболеванием.

Таким образом, проанализировав доступные нам литературные источники и опираясь психосоматическую теорию возникновения и развития остеохондроза позвоночника, следует признать недостаточно разработанными положения о:

1. психологических конфликтах, лежащих в основе заболевания;

2. психологических и психофизиологических особенностях больных шейным, пояснично-крестцовым и распространенным остеохондрозом позвоночника;

3. адекватной и эффективной психотерапии для данной категории больных.

Глава 2. Организация, материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе неврологического отделения Железнодорожной больницы г. Красноярска. В тестировании приняли участие 45 человек (20 мужчин и 25 женщин) в возрасте от 20 до 67 лет с шейным, пояснично-крестцовым и распространенным остеохондрозом позвоночника.

При шейном остеохондрозе больные в основном жаловались на:

* головные боли в основном в затылочной области
* головокружение
* боли в шее
* онемение в руках
* при поворотах головы возникает либо головокружение, либо боль в шее
* нарушения сна (трудность засыпания, беспокойный сон)

Больныепояснично-крестцовым остеохондрозом жаловались на:

* боли в пояснице, отдающие в правую или левую ногу
* онемение ног

Жалобы больныхраспространенным остеохондрозом представляли собой совокупность жалоб, возникающих при шейном и пояснично-крестцовом остеохондрозе. В основном это жалобы на:

* головную боль (затылок, виски)
* головокружение
* онемение и боли в руках и (или) ногах
* боли в поясничной области

Большинство больных предъявляли также жалобы невротического характера: головная боль, раздражительность, повышенная утомляемость, снижение работоспособности и нарушения сна.

1. Для выявления наличия у испытуемых иррациональных убеждений была использована клиническая беседа.

2. Для выявления психологических особенностей применялись опросник Мини-мульт, Томский опросник психической ригидности, Методика "Уровень невротизации" и Опросник невротических расстройств (личностные шкалы).

3. Для определения психофизиологических особенностей больных (функционального состояния мозговых систем, адаптационных возможностей организма) использовалась методика динамической межполушарной омегаметрии.

Методика Мини-мульт: представляет собой адаптированный в русском варианте сокращенную модификацию теста MMPI, созданного в 1942-1949 гг. в целях профессионального отбора летчиков во время Второй мировой войны. Авторы теста – американские психологи И.Маккинли и С.Хатэуэй.

Мини-мульт – это квантифицированный метод оценки личности. Он позволяет оценить особенности поведения обследуемого, его настроение, уровень стресса, степень адаптированности и т.д.

Среднее арифметическое в популяции принято за значение, равное 50 T-баллов, среднеквадратическое отклонение - за 10 T-баллов. Таким образом, если за норму принимать отклонение от среднего в ту или другую сторону на два среднеквадратических отклонения, то нормальные значения по шкалам колеблются в пределах 30-70T. Причем колебания в пределах 40-60T являются статистически незначимыми отклонениями от среднего значения.

Методика содержит 3 шкалы достоверности (шкала лжи L, шкала достоверности F и шкала коррекции К) и 8 личностных шкал:

1 шкала – ипохондрии. Повышение по данной шкале говорит о гиперсоциальной направленности интересов, ориентации на правила, инструкции. Данная личность стремится к соответствию нормативным критериям как в социальном окружении, так и в сфере физиологических функций своего организма. Такие люди медленно приспосабливаются, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных конфликтах.

2 шкала – депрессии. Выявляет пассивность личностной позиции, неуверенность в своих силах, склонность к раздумью и самокритичности. Показатели выше 70Т указывают на депрессивное состояние обследуемого.

3 шкала – истерии. Лица, у которых данная шкала является ведущей, отличаются демонстративностью, яркостью эмоциональных проявлений, неустойчивостью самооценки и чувствительностью к средовым воздействиям. Главной особенностью таких людей является стремление казаться больше, значительнее, чем есть на самом деле, стремление обратить на себя внимание во что бы то ни стало, жажда восхищения.

4 шкала – психопатии. Лица данного типа отличаются нетерпеливостью, склонностью к риску, отсутствием конформности. Настроение у них неустойчивое, они обидчивы, возбудимы и чувствительны. Высокие показатели (выше 70Т) выявляют гипертимный (возбудимый) тип акцентуации, характеризующийся повышенной импульсивностью.

6 шкала – паранойи. Отражает устойчивость интересов, стеничность установок, практичность и упорство. Повышенные показатели по этой шкале свидетельствуют о раздражительности, враждебности, паранойяльных тенденциях.

7 шкала – психастении. Повышение данной шкалы в рамках нормативного разброса отражает неуверенность в себе, высокую чувствительность, нерешительность, зависимость от других и боязливость.

8 шкала – шизоидности. Личность данного типа отличается независимостью взглядов, избирательностью в контактах, склонностью к раздумьям, нестандартностью суждений и взглядов.

9 шкала – гипомании. Отражает активность позиции, уверенность в себе, высокий уровень жизнелюбия, позитивную самооценку [24].

Томский опросник психической ригидности (ТОРЗ):состоит из 141 вопроса (утверждения), содержание которых отражает достаточно широко те ситуации, в которых от человека требуется изменить отдельные элементы программы своего поведения или ее в целом "под напором опыта" - образ жизни, стереотипы, отношения, установки, привычки, навыки, темп и ритм жизни и деятельности, средства достижения какой-либо цели или саму цель.

Испытуемым предлагается четыре варианта ответов: "да", "скорее да", "скорее нет" и "нет". Бальная оценка ответов по каждому пункту опросника, отражающая наличие или отсутствие психической ригидности следующая: отсутствует – 0; выражена слабо – 1; выражена сильно – 3; и выражена чрезвычайно сильно – 4.

ТОРЗ содержит 6 основных и 2 дополнительные шкалы достоверности:

1. Симптомокомплекс ригидности (СКР) – склонность к широкому спектру фиксированных форм поведения (персеверациям, навязчивостям, стереотипиям, упрямству, педантизму).
2. Шкала актуальной ригидности (АР) – неспособность при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, мотивы, модус переживания.
3. Шкала сензитивной ригидности (СР) – эмоциональная реакция человека на ситуацию, требующую от него изменений.
4. Шкала установочной ригидности (УР) – личностный уровень проявления психической ригидности, выраженный в позиции, отношении, установке на принятие / не принятие нового, необходимость изменения.
5. Шкала ригидности как состояния (РСО). Высокие показатели говорят о том, что человек в состоянии стресса, страха, в плохом настроении, болезни склонен к ригидному поведению.
6. Шкала преморбидной ригидности (ПМР). Высокие показатели говорят о том, что человек уже в школьном возрасте испытывал трудности в ситуациях, требующих перемен.
7. Шкала реальности (ШР) показывает, исходит ли испытуемый при ответах из собственного опыта или только из предположения.
8. Шкала лжи (ШЛ) показывает, насколько испытуемый искренен в своих ответах [11].

Методика "Уровень невротизации":является медико-психологическим экспресс-диагностическим инструментом для выявления степени выраженности невротизации.

Опросник содержит 45 утверждений, 10 относятся к шкале лжи.

Каждому из ответов испытуемого на утверждения шкалы невротизации присваивают соответствующий диагностический коэффициент, затем подсчитываются суммы положительных и отрицательных ответов и вычисляют их алгебраическую сумму, которая и представляет собой итоговую шкальную оценку. Оценки по шкале невротизации могут принимать значения от -98 до +84 – у мужчин и от -103 до + 133 – у женщин.

Оценки по шкале невротизации условно можно разделить на шесть уровней невротизации: очень высокий, высокий, повышенный, неопределенный, пониженный, низкий и очень низкий.

При высоком уровне невротизации (высокая по абсолютной величине отрицательная оценка) может наблюдаться выраженная эмоциональная возбудимость, продуцирующая различные негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность) и легкую фрустрируемость различными "внешними" и "внутренними" обстоятельствами. У таких лиц формируется чувство собственной неполноценности, затрудненность в общении, социальная робость и зависимость и, в конечном итоге, дезадаптированность в общесоциальном плане.

При низком уровне невротизации (высокая по абсолютной величине положительная оценка) отмечается эмоциональная устойчивость и положительный фон основных переживаний (спокойствие, оптимизм). Оптимизм и инициативность, простота в реализации своих желаний формируют чувство собственного достоинства, социальную смелость, независимость, легкость в общении и, следовательно, хорошую стрессоустойчивость [27].

Опросник невротических расстройств (ОНР):является адаптированным и модифицированным вариантом опросника BVNK-300, разработанного в Германии H.D.Hansgen в 1982 году.

Опросник невротических расстройств является эффективным психодиагностическим инструментом для дифференцированной оценки структуры и степени выраженности невротических и неврозоподобных состояний, а также особенностей личности, потенциально значимых для генеза неврозов и психосоматических расстройств.

Т.к. для данной работы значение имеют психологические особенности личности больных, то для исследования были взяты только личностные шкалы ОНР.

В соответствии с инструкцией испытуемый отвечает, насколько каждое из утверждений опросника соответствует его актуальному состоянию. Для оценки степени соответствия используется шестибальная шкала. При этом 1 – обозначает, что данное высказывание не соответствует состоянию испытуемого; 6 – обозначает, что данное высказывание полностью соответствует состоянию испытуемого.

Основные личностные характеристики, выявляемые с помощью биполярных личностных шкал ОНР:

Шкала "неуверенность в себе".

Высокое значение оценок: повышенная тревожность, неуверенность, склонность к тщательному обдумыванию поступков, самоанализу, зависимость и ожидание неудач.

Низкое значение оценок: уверенность в себе, самостоятельность, независимость, стеничность.

Шкала "познавательная и социальная пассивность".

Высокое значение оценок: низкая интеллектуальная продуктивность, недостаточная общительность, затруднения в установлении контактов.

Низкое значение оценок: подвижность и пластичность интеллектуальных процессов, разнообразные интересы, социальная смелость, настойчивость, уверенность.

Шкала "невротический "сверхконтроль" поведения".

Высокое значение оценок: неуверенность в сочетании с повышенной интроспективностью, сознательным контролем поведения, инертность и застреваемость переживаний, "зажатость".

Низкое значение оценок: спонтанность эмоциональных реакций и поведения в целом, отсутствие склонности к рефлексии, уверенность в себе.

Шкала "аффективная неустойчивость".

Высокое значение оценок: несдержанное, плохо контролируемое поведение, раздражительность, вспыльчивость, необдуманность поступков.

Низкое значение оценок: эмоциональная стабильность и уравновешенность, высокая фрустрационная толерантность, преобладание пластичных, конструктивных способов преодоления стресса.

Шкала "интровертированная направленность личности".

Высокое значение оценок: социальная дистанцированность, потребность в одиночестве.

Низкое значение оценок: социально ориентированное поведение, открытость и легкость в контактах, потребность в общении.

Шкала "ипохондричности".

Высокое значение оценок: чрезмерная сосредоточенность на состоянии здоровья, тревожные опасения в связи с риском заболевания.

Низкое значение оценок: беспечное, нетревожное отношение к состоянию своего здоровья.

Шкала "социальной неадаптивности".

Высокое значение оценок: плохая приспособляемость в социальных ситуациях, отсутствие критичности в отношении правильности и принятия окружающими своего поведения.

Низкое значение оценок: адаптивность, пластичность социального поведения, хорошие коммуникативные способности и стремление к сотрудничеству [22].

Для удобства обработки результатов тестирования количественные оценки всех тестов разделены на четыре уровня и представлены в таблице.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Средний (низкий) | повышенный | высокий | очень высокий |
| СМИЛ | | 40-60 | 30-40  60-70 | 20-30  70-80 | ниже 20  выше 80 |
| ТОРЗ | СКР | 0-62 | 63-124 | 125-186 | 187-248 |
| АР | 0-17 | 18-34 | 35-51 | 52-68 |
| СР | 0-18 | 19-36 | 37-54 | 55-72 |
| УР | 0-17 | 18-34 | 35-51 | 52-68 |
| РСО | 0-6 | 7-12 | 13-18 | 19-24 |
| ПМР | 0-20 | 21-40 | 41-60 | 61-80 |
| УН | | пониженный  низкий очень низкий | неопределенный повышенный | высокий | очень высокий |
| ОНР | | 40-60 | 30-40  60-70 | 0-30  70-80 | ниже 0  выше 80 |

Омегаметрия:психофизиологический метод, предназначенный для регистрации, оценки и интерпретации одного из сверхмедленных физиологических процессов (СМФП) – омега-потенциала.

В соответствии с современными представлениями СМФП объединяют биопотенциалы, находящиеся в частотной полосе от 0 до 0,5 Гц. Установлено, что они универсальны по отношению к структурам головного и спинного мозга, висцеральным органам, мышцам, железистым тканям. СМФП имеют разную амплитуду, время колебаний и физиологическую значимость и авторы выделили устойчивую и динамическую составляющие СМФП.

Устойчивая составляющая - потенциал милливольтового диапазона – омега-потенциал, по классификации В.А. Илюхиной характеризуется устойчивостью во времени (от 1-2 минут до часов), его изменения проявляются в виде плавных или скачкообразных сдвигов разной интенсивности (единицы, десятки мВ). Динамическая составляющая - сверхмедленные колебания потенциалов (СМКП) секундного, декасекундного и минутного диапазонов – соответственно дзета-, тау-, эпсилон- волны [15, 28].

Омега-потенциал играет основную роль в обеспечении уровней бодрствования, эмоций и процессов долгосрочной памяти. Установлено, что омега-потенциал как количественный показатель уровня относительно стабильного функционирования (УОСФ) зон мозговых образований определяет их физиологическую активность в качестве звеньев систем обеспечения таких видов деятельности, как активация внимания, готовность к действию, мыслительные операции. Динамика УОСФ тесно связана с изменениями уровня бодрствования, динамикой клинической симптоматики, в частности выраженностью и характером патологических нарушений сознания и эмоциональных реакций.

На основе теоретических исследований роли СМФП в механизмах нейрогуморальной регуляции функциональных состояний, для решения задач экспресс-диагностики уровня бодрствования, адаптационно-компенсаторных возможностей и резервов организма и был разработан метод дискретной регистрации СМФП с поверхности головы и тела, названный омегаметрией.

А.Г. Сычев (1980), В.А. Илюхина с соавторами (1982) предложили регистрировать омега-потенциал с поверхности кожи головы по отношению к тенору кисти в состоянии спокойного бодрствования (положение сидя или лежа с закрытыми глазами). В результате было дифференцированно три уровня покоя, определяющих особенности психофизиологических характеристик активного бодрствования и приспособительных реакций организма:

I - низкий уровень, характеризующийся низкими значениями омега-потенциала от 0 до 20 мВ, обнаруживался у быстроутомляемых лиц с быстрой истощаемостью психических и физических функций, ограничением функциональных резервов. Нормальные приспособительные реакции основных

регуляторных систем у этих лиц сохранялись только при условии существенного ограничения интенсивности нагрузок и пролонгировании интервалов между ними. Здесь выделяют две группы:

1 группа. Для них характерна высокая истощаемость к большим физическим нагрузкам, высокая лабильность первичных процессов, высокая обучаемость при строгом дозировании распределения нагрузок во времени, низкие пороги реакций на раздражители, неустойчивые адаптивные реакции, потребность в социально-психологической защите, подверженность невротическим реакциям.

2 группа - характеризуется выраженной истощаемостью при незначительных физических и психических нагрузках, лабильность снижена, обучаемость плохая, затруднены процессы извлечения из долгосрочной памяти (предболезненное состояние, состояние болезни).

II - средний уровень – характеризуется значениями омега – потенциала от 21 до 41 мВ. Обнаружение хорошей переносимости физических и психических нагрузок, высокой работоспособности, высокоэффективной обучаемости и реализации алгоритмов сформированного приспособительного поведения при негативных значениях омега-потенциала определило этот уровень покоя как оптимальный, детерминирующий широкие адаптационно-компенсаторные возможности.

III – высокий уровень – характеризуется значениями омега-потенциала от 41 до 60 мВ и выше. Указывают на состояние психоэмоционального напряжения, ограничение адаптационно-компенсаторных возможностей организма, проявляющихся неадекватными поведенческими реакциями на стресс-воздействия. Здесь также выделяют две группы:

1 группа - практически здоровые люди, высокие пороги адаптивных реакций, возможность обнаружения гиперустойчивости реакций, вязкость реакций, снижение лабильности первичных процессов, затрудненность адаптивных перестроек в поведении. Обучение затруднено. Воспроизведение поведенческих и профессиональных программ может сопровождаться некорректируемыми ошибками. Такие состояния неустойчивы как по интенсивности, так и по продолжительности во времени. Могут быть обнаружены у практически здоровых людей при психических и физических перегрузках и при корригируемых патологических нарушениях в организме.

2 группа. Для них характерна гиперустойчивость реакций на любые воздействия, длительность реакций - месяцы и годы. Пороги реакций высокие, лабильность первичных процессов низкая, нарушение адаптивных перестроек в поведении. Обучение и воспроизведение профессиональных и поведенческих навыков невозможно. Характерно для хронических и длительно текущих заболеваний.

В плане оценки сохранности или повреждения механизмов адаптивной саморегуляции состояний организма весьма информативным оказалось изучение динамики величины и направленности сдвигов омега-потенциала в разные интервалы времени от момента предъявления однократной функциональной нагрузки. В качестве однократной функциональной нагрузки у здоровых лиц и при некоторых видах патологии использовали физическую нагрузку в виде 10 приседаний в индивидуально максимальном темпе.

При выборе интервалов времени для дискретных замеров омега-потенциала после функциональной нагрузки руководствовались данными исследований Ибералла и Мак-Каллоха о временной шкале нервных, хемообменных, нейрогуморальных, гормональных процессов, соподчиненность и координированность которых обеспечивает саморегуляцию состояний организма.

В итоге эмпирически было установлено, что увеличение величины омега-потенциала сразу после нагрузки (в первые 30 с) в пределах 25%, далее снижение – до 15-25% от исходных значений через 1 мин после прекращения нагрузки и вновь нарастание этого показателя до 25% от исходных значений через 3 мин после прекращения нагрузки свидетельствует об оптимальном "включении" соответственно нервных, хемообменных, нейрогуморальных и эндокринных механизмов регуляции при формировании ответной реакции организма на функциональную нагрузку.

Как показали проведенные исследования, отсутствие изменений омега-потенциала или снижение исходных величин этого показателя в ответ на функциональную нагрузку до 25% и более (соответственно сразу и через 3 мин после нагрузки) свидетельствовало о разной степени перенапряжения механизмов нервной и нейрогуморальной адаптивной регуляции функций. В плане оценки резервов организма в этих условиях значимым фактором является направленность и величина сдвигов омега-потенциала через 7-10 мин после функциональной нагрузки, отражающая в соответствии с представлениями Ибералла и Мак Каллоха адаптивные возможности механизмов эндокринной регуляции состояний. Значительное снижение омега-потенциала (более 50%) через 7-10 мин после нагрузки – прогностически неблагоприятный признак истощения или патологических нарушений в этой системе регуляции [14].

Этот же подход можно использовать и при оценке динамики состояния организма по данным изменений омега-потенциала по ходу реализации спортивной, трудовой деятельности или в ходе лечебного процесса.

Исходные значения и изменения омега-потенциала в разные интервалы времени после однократной функциональной нагрузки не обусловлены полом, возрастом или диагнозом заболевания. Они отражают степень и глубину нарушений хемообменных процессов, повреждение механизмов нейрогуморальной и эндокринной регуляции состояний организма.

Т.о. омегаметрия является методом экспресс-оценки состояний организма человека в норме и патологии. Учитывая информативность, простоту и неинвазивность метода, омегаметрия является перспективным и актуальным диагностическим исследованием, позволяющим проводить экспресс-диагностику адаптационно-компенсаторных возможностей основных регуляторных систем и приспособительных резервов организма, важность чего трудно переоценить в клинической психологии и медицине, и особенно в разделе терапии [28].

Для регистрации омега-потенциала нами была использована методика динамической межполушарной омегаметрии (разработчик Кожевников В.Н., 1994), которая предназначена для изучения динамики правого и левого полушарий. Для реализации данной методики на кафедре "Радиофизики" КрасГТУ было создано "устройство", осуществляющее динамическую регистрацию омега-потенциала, с дискретностью 1 сек, (разработчики Парфенов А.А., Кожевников В.Н., 1998г), которое позволяет по двум каналам измерять, регистрировать, хранить в памяти и отображать фиксированные значения на дисплее прибора. Значения визуализируются на компьютере по специально разработанной программе в виде графиков, которые в последующем анализируются для получения и выявления закономерностей распределения значений омега-потенциала.

В исследовании методом омегаметрии приняли участие 17 человек (13 женщин и 4 мужчины). Регистрация осуществлялась с поверхности головы по отношению к тенору кистей рук (левая кисть – относительно правого лобного бугра и наоборот) в состоянии спокойного бодрствования, вовремя и после однократной функциональной нагрузки. В качестве нагрузки использовали 10 приседаний в удобном для испытуемых темпе, после чего в течение 30с непрерывно с дискретностью 1с велась запись динамики омега-потенциала, которая в дальнейшем визуализировалась на мониторе компьютера.

Глава 3. Результаты исследования

1.В ходе клинической беседы у подавляющего большинства испытуемых были выявлены иррациональные убеждения, в основном имеющие характер долженствований и преувеличений. Например, "Меня уволили с работы, значит я плохой работник", "Это ужасно, когда тебя не принимают в коллективе" и т.д.

2.По методикеМини-мульт получены следующие результаты:

Шейный остеохондроз (14 человек):

Практически у всех испытуемых личностный профиль не выходит за рамки нормативного разброса (40-60Т).

У 8 человек (57%) подавление некоторых шкал: 7 шкала (психастрении) у 5 человек (36%), 2 шкала (депрессии) у 4 человек, 3 шкала (истерии) у 3 человек, 6 шкала (паранойи ) у 3 человек и 9 шкала (гипомании) у 3 человек.

Пики:

1 шкала (ипохондрии) у 6 человек (43%)

3 шкала (истерии) у 4 человек (29%)

4 шкала (психопатии) у 6 человек (43%)

7 шкала (психастении) у 8 человек (57%)

8 шкала (шизоидности) у 6 человек (43%)

9 шкала (гипомании) у 6 человек (43%).

У 7 человек (50%) выявлена "конверсионная пятерка", т.е. сочетание в профиле высоких 1 и 3 шкал с относительно низкой 2.

Для большинства испытуемых (64%) характерен смешанный стиль реагирования порой с преобладанием гипостенических тенденций.

Пояснично-крестцовый остеохондроз (16 человек):

Личностные профили данной группы испытуемых представляют собой довольно разнообразную картину: так у одной части (19%) профили находятся в пределах нормы, у другой (31%) – наблюдается подавление двух и более шкал (чаще депрессии и тревожности), у третьей (50%) – наличие акцентуаций, причем зачастую повышенно более двух шкал.

Пики:

1 шкала (ипохондрии) у 9 человек (56%)

2 шкала (депрессии) у 4 человек (25%)

3 шкала (истерии) у 7 человек (44%)

6 шкала (паранойи) у 6 человек (38%)

8 шкала (шизоидности) у 4 человек (25%)

9 шкала (гипомании) у 6 человек (38%)

У 13 человек (81%) выявлено наличие психосоматического конфликта: У 9 человек (56%) выявлена "конверсионная пятерка", у 2 человек одновременное повышение по 1 и 9 шкалам, у 1 человека 4 и 7 шкалы, у 1 человека 2 и 4 шкалы.

У 13 человек (81%) выявлен смешанный тип реагирования, из них у 6 человек (38%) с преобладанием гиперстенических тенденций. У 3 человек (19%) гиперстенический тип реагирования.

Распространенный остеохондроз (15 человек):

У всех испытуемых (100%) наблюдается акцентуированный личностный профиль. Причем у 73% выявлено от трех и более акцентуаций.

Пики:

1 шкала (ипохондрии) у 9 человек (60%)

2 шкала (депрессии) у 6 человек (40%)

3 шкала (истерии) у 10 человек (67%)

6 шкала (паранойи) у 6 человек (40%)

9 шкала (гипомании) у 7 человек (47%)

У большинства испытуемых (8 человек 53%) повышение по 6 шкале сочетается с повышением по 1 шкале.

У четырех испытуемых наблюдается одновременное повышение по 9 и 2 шкалам.

У 12 человек (80%) одновременное повышение по 1 и 3 шкалам, у 8 (53%) из них "конверсионная пятерка".

У всех испытуемых смешанный тип реагирования, из них у 4 человек (27%) с преобладанием гиперстенических тенденций.

3. Результаты методики"Уровень невротизации":

Шейный остеохондроз:

Высокий уровень у 1 человека (7%)

Низкий уровень у 11 человек (79%)

Неопределенный уровень у 2 человек (14%)

Пояснично-крестцовый остеохондроз:

Высокий уровень у 6 человек (38%)

Низкий уровень у 8 человек (50%)

Неопределенный уровень у 2 человек (12%)

Распространенный остеохондроз:

Высокий уровень у 10 человек (67%)

Низкий уровень у 2 человек (13%)

Неопределенный уровень у 3 человек (20%)

1. По методикеТОРЗ, полученные усредненные результаты представлены в таблице:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | СКР | АР | СР | УР | РСО | ПМР |
| Шейный остеохондроз | высокая | умеренная | умеренная | умеренная | высокая | умеренная |
| Пояснично-крестцовый остеохондроз | высокая | умеренная | высокая | умеренная | высокая | умеренная |
| Распространенный остеохондроз | высокая | высокая | высокая | умеренная | очень  высокая | умеренная |

5. Результаты по методике "Опросник невротических расстройств":

Данная методика не выявила ярких различий между тремя группами испытуемых.

Подавляющее большинство испытуемых склонно к подавлению шкал, имеющих "социальный характер": неуверенность в себе, познавательная и социальная пассивность, невротический "сверхконтроль" поведения, аффективная неустойчивость, интровертированная направленность личности и социальная неадаптивность.

Только шкала ипохондричность не подавляется испытуемыми, ее значения либо в норме, либо повышены.

6. По данным омегаметрии выявлено:

Шейный остеохондроз (6 человек):

У 4 человек повышено левое полушарие, у 2 – правое.

Наличие межполушарной ассиметрии у 1 человека.

Б.Л.А. (40 л, ж) фоновые значения: +34 (левое), +31 (правое), +3 (ассиметрия)

Левое полушарие выше правого.

Во время нагрузки резкое снижение значений омега-потенциала до +1 (левое), +0 (правое), через 30 сек. после нагрузки +19 (левое), +17 (правое).

Б.Д.П. (25 л, м) фоновые значения: +24 (левое), +20 (правое), +4 (ассиметрия)

Левое полушарие выше правого.

Во время нагрузки незначительное снижение значений омега-потенциала до +19 (левое), +13 (правое), через 30 сек. после нагрузки +23 (левое), +17 (правое).

Р.О.В. (44 г, ж) фоновые значения: +20 (левое), +24 (правое) постепенное снижение, +4 (ассиметрия). Правое полушарие выше левого.

Во время нагрузки снижение значений омега-потенциала до +21 (левое), +20 (правое), через 30 сек. после нагрузки +23 (левое), +20 (правое).

И.С.В. (45 л, м) фоновые значения: +29 (левое), +23 (правое), +6 (ассиметрия)

Левое полушарие выше правого.

Во время нагрузки резкое снижение значений омега-потенциала до +0 (левое), -2 (правое), через 30 сек. после нагрузки +25 (левое), +21 (правое).

П.К.С. (21 г, ж) фоновые значения: +17 (левое), +25 (правое), +8 (ассиметрия)

Правое полушарие выше левого.

Во время нагрузки резкое снижение значений омега-потенциала до -1 (левое), +6 (правое), через 30 сек. после нагрузки +19 (левое), +21 (правое).

Л.П.А. (43 г, м) фоновые значения: +47 (левое), +30 (правое), +17 (ассиметрия) Левое полушарие выше правого.

Во время нагрузки повышение значений омега-потенциала до +54 (левое), +35 (правое), через 30 сек. после нагрузки +46 (левое), +32 (правое).

Пояснично-крестцовый остеохондроз (5 человек):

У 3 человек повышено правое полушарие, у 2 – левое.

Наличие межполушарной ассиметрии у 1 человека.

М.Н.Ш. (24 г, ж) фоновые значения: +34 (левое), +47 (правое), +13 (ассиметрия)

Правое полушарие выше левого.

Во время нагрузки повышение значений омега-потенциала до +40 (левое), +53 (правое), через 30 сек. после нагрузки +37 (левое), +48 (правое).

Е.Н.Н. (42 г, ж) фоновые значения: +26 (левое), +28 (правое), +2 (ассиметрия)

Правое полушарие выше левого.

Во время нагрузки резкое снижение значений омега-потенциала до +6 (левое), +8 (правое), через 30 сек. после нагрузки +19 (левое), +19 (правое).

К.М.В. (42 г, ж) фоновые значения: +35 (левое), +29 (правое), +6 (ассиметрия) Левое полушарие выше правого.

Во время нагрузки снижение значений омега-потенциала до +14 (левое), +10 (правое), через 30 сек. после нагрузки +30 (левое), +28 (правое).

Л.И.А. (47 г, м) фоновые значения: +31 (левое), +40 (правое), +9 (ассиметрия)

Правое полушарие выше левого.

Во время нагрузки резкое снижение значений омега-потенциала до +4 (левое), +12 (правое), через 30 сек. после нагрузки +28 (левое), +34 (правое).

Е.Е.В. (38 л, ж) фоновые значения: +26 (левое), +25 (правое), +1 (ассиметрия)

Левое полушарие выше правого.

Во время нагрузки резкое снижение значений омега-потенциала до +4 (левое), +0 (правое), через 30 сек. после нагрузки +24 (левое), +24 (правое).

Распространенный остеохондроз (6 человек):

У 4 человек повышено левое полушарие, у 2 – правое.

Наличие межполушарной ассиметрии отсутствует.

К.В.С. (65 л, ж) фоновые значения: +34 (левое), +32 (правое), +2(ассиметрия)

Левое полушарие выше правого.

Во время нагрузки повышение значений омега-потенциала до +40 (левое), +39 (правое), через 30 сек. после нагрузки +40 (левое), +40 (правое).

Ю.В.И. (48 л, ж) фоновые значения: +27 (левое), +26 (правое), +1 (ассиметрия) Левое полушарие выше правого.

Во время нагрузки снижение значений омега-потенциала до +20 (левое), +20 (правое), через 30 сек. после нагрузки +27 (левое), +27 (правое).

С.Л.А. (50 л, ж) фоновые значения: +32 (левое), +30 (правое), +2 (ассиметрия)

Левое полушарие выше правого.

Во время нагрузки резкое снижение значений омега-потенциала до +17 (левое), +17 (правое), через 30 сек. после нагрузки +33 (левое), +32 (правое).

А.Н.А. (46 л, ж) фоновые значения: +32 (левое), +25 (правое), +7 (ассиметрия)

Левое полушарие выше правого.

Во время нагрузки резкое снижение значений омега-потенциала до +6 (левое), -5 (правое), через 30 сек. после нагрузки +29 (левое), +23 (правое).

Ф.Г.А. (68 л, ж) фоновые значения: +40 (левое), +46 (правое), +6 (ассиметрия)

Правое полушарие выше левого.

Во время нагрузки резкое снижение значений омега-потенциала до +3 (левое), +16 (правое), через 30 сек. после нагрузки +39 (левое), +52 (правое).

К.Т.В. (52 г, ж) фоновые значения: +40 (левое), +42 (правое), +2 (ассиметрия) Правое полушарие выше левого.

Во время нагрузки снижение значений омега-потенциала до +36 (левое), +35 (правое), через 30 сек. после нагрузки +45 (левое), +43 (правое).

Глава 4. Обсуждение результатов

Мини-мульт

Шейный остеохондроз:

Практически у всех испытуемых личностный профиль не выходит за рамки нормативного разброса (40-60Т), но у некоторых испытуемых встречается подавление отдельных шкал (в основном это тревожность и депрессивность).

У большинства испытуемых (57%) повышенной является 7 шкала (психастении). Это говорит о преобладании пассивно-страдательной позиции, неуверенности в себе и в стабильности ситуации. Превалирует мотивация избегания неуспеха, сенситивность, зависимость от мнения большинства. Такие люди избыточно самокритичны и рефлексивны, их самооценка занижена и контрастирует с завышенным идеальным "Я".

Для одной части больных шейным остеохондрозом характерны контроль над своим поведением, ориентация на социальные нормы и правила (у 43%), для другой – отсутствие конформности, стремление к независимости, активная личностная позиция (43%).

В целом для данной категории больных характерен повышенный фон настроения, жизнелюбие, достаточно высокая самооценка (см. приложение 1,2).

Распространенный остеохондроз:

У всех испытуемых наблюдается акцентуированный личностный профиль. Причем у 73% выявлено от трех и более акцентуаций. Большое количество шкал, находящихся в профиле выше границы нормы говорит о состоянии общего стресса, психической напряженности и некоторой дезадаптации испытуемых.

Больным распространенным остеохондрозом свойственна ипохондричность, направленность на соответствие нормам и правилам, активный контроль своего поведения. В эмоциональной сфере наблюдается противоречие между раздражительностью, демонстративностью, эмоциональной неустойчивостью и стремлением сдержать эмоции, что создает благоприятную почву для развития психосоматических заболеваний.

Также данная категория больных склонна к раздумьям и пессимистической оценке перспектив, самокритичности и неуверенности в себе. Такие люди зависимы, нуждаются в понимании, внимании и любви.

6 шкала (паранойи) указывает на стеничность установок личности, ее практичность, активность позиции и упорство. У большинства испытуемых повышение по 6 шкале сочетается с повышением по 1 шкале, что говорит об их беспокойстве за состояние своего физического здоровья. Причем это беспокойство развивается на базе аффективной ригидности. При этом число неприятных физических ощущений может быть относительно невелико, но значимость соматических ощущений и их влияние на поведение весьма высоки.

Повышение по 9 шкале говорит об оптимистичности испытуемых, активности их личностной позиции, высокой самооценке, уверенности. У четырех испытуемых наблюдается одновременное повышение по 9 и 2 шкалам, что указывает на склонность к перепадам настроения, циклотимный вариант личности.

Вообще для данных больных характерно сочетание противоречивых и разнонаправленных тенденций, например, одновременное повышение по шкалам пессимистичности и оптимистичности или пессимистичности и ригидности и т.д. (см. приложение 1, 2).

Пояснично-крестцовый остеохондроз:

Личностные профили данной группы испытуемых представляют собой довольно разнообразную картину: так у одной части (19%) профили находятся в пределах нормы, у другой (31%) – наблюдается подавление двух и более шкал (чаще депрессии и тревожности), у третьей (50%) – наличие акцентуаций, причем зачастую повышенно более двух шкал.

В общем данной группе испытуемых присущи ригидность, ипохондричность, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, ориентация на нормы и правила (см. приложение 1, 2).

У всех групп испытуемых выявлен смешанный тип реагирования, при котором высокая потребность самореализации сочетается со столь же высоким самоконтролем и тенденцией к сдерживанию поведенческих реакций. В этом случае невозможен как невротический, так и поведенческий тип реагирования, что сказывается на общем перенапряжении и проявляется соматизацией внутреннего конфликта, т.е. психосоматическим вариантом дезадаптации.

У 38% испытуемых (особенно страдающих пояснично-крестцовым остеохондрозом) выявлен смешанный тип реагирования с преобладанием гиперстенических тенденций. Это говорит о том, что в некоторых ситуациях испытуемые склонны к активному противодействию средовому влиянию, стремятся к независимости и самореализации.

Более чем у половины испытуемых выявлено наличие так называемой конверсионной пятерки, чтохарактерно для психосоматической клиники и отражает перевод эмоционального напряжения в соматические расстройства.

У 78% испытуемых имеют место разнонаправленные тенденции и внутренние конфликты, что является благодатной почвой для возникновения психосоматических заболеваний. Наиболее распространенными являются одновременное повышение 1 (ипохондрии) и 3 (истерии), а также 1 (ипохондрии) и 9 (гипомании) шкал. Это говорит о повышенной эмоциональности и лабильности испытуемых, с одной стороны, и не возможности адекватно выразить свои эмоции в силу общественных ограничений, ориентации на нормы и правила, с другой. Все это создает внутреннее напряжение, которое проявляется различными соматическими расстройствами, в частности остеохондрозом позвоночника.

"Уровень невротизации"

Шейный остеохондроз:

По результатам тестирования с высокой долей вероятности можно сказать, что у данной группы испытуемых низкий уровень невротизации (у 79%). Это говорит об эмоциональной устойчивости испытуемых, их оптимистичности и инициативности, социальной смелости и независимости, легкости в общении, что формирует хорошую стрессоустойчивость (см. приложение 3, 4).

Распространенный остеохондроз:

У большинства испытуемых выявлен высокий или повышенный уровень невротизации (67%), что отражает повышенную тревожность и напряженность, раздражительность и легкую фрустрируемость различными "внешними" и "внутренними" обстоятельствами. У таких лиц формируется чувство собственной неполноценности, затрудненность в общении, социальная робость и зависимость и, в конечном итоге, дезадаптированность в общесоциальном плане (см. приложение 3, 4).

Пояснично-крестцовый остеохондроз:

В данной группе испытуемых результаты получились довольно неоднозначны и противоречивы. У 6 испытуемых (38%) высокий уровень невротизации, у 8 испытуемых (50%) – низкий и у 2 испытуемых (12%) – неопределенный (см. приложение 3, 4).

"Томский опросник психической ригидности"

Шейный остеохондроз:

Испытуемые, страдающие шейным остеохондрозом, оказались наименее ригидными среди всех испытуемых.

Наиболее высокими оказались результаты по следующим шкалам: СКР (высокая), РСО (высокая). Это говорит о том, что испытуемые склонны к широкому спектру фиксированных форм поведения, особенно находясь в состоянии стресса, усталости или болезни (см. приложение 5, 6).

Распространенный остеохондроз:

У этой группы испытуемых помимо высоких показателей по шкалам СКР и РСО (очень высокие) значительно повышены актуальная и сензитивная ригидность, что отражает неспособность испытуемых при объективной необходимости изменить мнение, отношение или поведение, а также эмоциональную реакцию на необходимость изменения. Т.е. испытуемые остро негативно переживают ситуации, требующие изменения (см. приложение 5, 6).

Пояснично-крестцовый остеохондроз:

У этих испытуемых наблюдаются высокие показатели по шкалам СКР, РСО и СР. Т.е. в повседневной жизни они склонны к широкому спектру фиксированных форм поведения и негативно воспринимают необходимость перемен (см. приложение 5, 6).

"Опросник невротических расстройств"

Данная методика не выявила ярких различий между тремя группами испытуемых.

Для всех испытуемых огромное значение имеет социальная сфера. Стремясь выглядеть в глазах окружающих благополучными, успешными, активными и уверенными в себе испытуемые подавляют социально нежелательные качества (социальная пассивность, замкнутость, неуверенность в себе, тревожность и т.д.). Это проявляется в занижении показателей таких шкал как социальная неадаптивность, аффективная неустойчивость, неуверенность в себе и др.

В меньшей степени испытуемые склонны подавлять шкалу "невротический сверхконтроль поведения".

Ипохондричность, чрезмерная сосредоточенность на состоянии здоровья является единственной чертой личности, которую испытуемые не стремятся подавить или скрыть от окружающих. Возможно, потому что данная характеристика не несет на себе социального отпечатка и не является общественно значимой (см. приложение 7, 8).

Омегаметрия

1. Фоновые значения: практически у всех испытуемых исходные значения омега-потенциала находятся в норме, т.е. в пределах 20-40 мВ. Это говорит о хорошей переносимости длительных физических и психических нагрузок, высокой работоспособности и высокоэффективной обучаемости. Лишь у небольшой части больных выявлены высокие значения омега-потенциала (выше 40 мВ) по правому полушарию, что указывает на наличие эмоционального напряжения, стресса по эмоциональному типу и свидетельствует о психической перегрузке.

Полученные нормативные данные, по-видимому, отражают не истинное функциональное состояние организма, а адаптацию больного к хроническому мышечному и психоэмоциональному напряжению. Это подтверждает неустойчивый характер значений омега-потенциала и неадекватное реагирование на стресс (функциональную нагрузку).

2. Динамика значений омега-потенциала в ответ на функциональную нагрузку: у подавляющего большинства испытуемых во время выполнения нагрузки наблюдается резкое снижение значений омега-потенциала по сравнению с исходными. Затем (в течение первых 30с после нагрузки) происходит подъем показателей, но значения остаются ниже исходного уровня. Это говорит об отсутствии нормального возбуждения и активизации организма на стресс, тогда как в норме в первые минуты после нагрузки должно происходить увеличение величины омега-потенциала до 25% от исходных значений. Такая неадекватная реакция на стресс свидетельствует о состоянии перенапряжения нервных и хемообменных процессов, адаптивных и регуляторных систем организма и их быстрой истощаемости.

В ходе исследования не выявлено достоверных различий значений омега-потенциала у больных шейным, пояснично-крестцовым и распространенным остеохондрозом позвоночника (см. приложение 9).

Т.о. можно сказать, что выявленные в ходе психологического тестирования психологическое истощение и нарушение адаптации подтверждаются данными омегаметрии: физиологическим истощением и перенапряжением адаптивных механизмов регуляции функций.

Общие результаты психологической диагностики

В ходе клинической беседы у подавляющего большинства больных остеохондрозом были выявлены иррациональные убеждения (в основном долженствование и преувеличение).

Выделена психологическая типология по видам остеохондроза. Это видно по результатам методик Мини-мульт, ТОРЗ и УН: для больных шейным остеохондрозом характерна легкая психологическая нестабильность, для больных пояснично-крестцовым остеохондрозом – фиксированность поведения и появление отдельных акцентуаций характера, а для больных распространенным остеохондрозом – выраженная психическая и социальная дезадаптация, наличие личностных деформаций.

Данная типология подтверждает психосоматичность заболевания и лишний раз доказывает, что клиническая стадийность остеохондроза сопровождается стадийностью дезадаптации.

Известно, что шейный остеохондроз является начальной формой данного заболевания (т.е. он в той или иной степени выраженности присутствует при любом виде остеохондроза). На данном уровне заболевания для больных не характерны психические расстройства, наблюдается лишь повышенный уровень тревожности и подавление так называемых социально нежелательных качеств (неуверенности в себе, аффективной неустойчивости, социальной неадаптивности и т.д.). В дальнейшем это подавление ведет к неправильной оценке своего поведения, что в конечном итоге выражается в дезадаптации, появляются невротические и психические расстройства (эмоциональная неустойчивость, ригидность аффекта, ипохондричность). Это уже второй уровень заболевания – пояснично-крестцовый остеохондроз. На третьем уровне (распространенный остеохондроз) невротические и психические расстройства еще больше усугубляются, социальная и психическая дазадаптация становится ярко выраженной.

Таким образом, для больных остеохондрозом характерно наличие "философии долженствования" (иррациональных убеждений), которая складывается в детстве под влиянием требований социума и проявляется на психологическом уровне ригидностью мышления, эмоций и поведения. В конечном итоге это приводит к формированию ригидного типа личности, для которого характерны: скованность, повышенный самоконтроль, консерватизм, эгоцентричность, чувство вины, жесткое суперэго. Поэтому у больных остеохондрозом позвоночника нет нормальных, гибких, адекватных психологических и психофизиологических механизмов восприятия и переработки стресса, в результате накапливается эмоциональный дискомфорт, остро переживаются социальные неудачи, повышается тревожность и возникают личностные деформации. Социальные условия и свойственная данной категории людей ориентация на нормы и правила, а также стремление выглядеть в глазах окружающих лучше, чем они есть на самом деле, не позволяют им открыто проявлять свои эмоции, что ведет к постоянному сдерживанию чувств и контролю над своим поведением. Но сдержать можно только внешние, психологические проявления эмоции, телесные же сдержать невозможно, это не в нашей власти. В результате (по закону взаимовлияния психологического и соматического) подавленные психологические реакции только усиливают реакции физиологические (мышечное напряжение). Напряжение, которое должно было быть направлено вовне, оказывается направленным вовнутрь. В конечном итоге это приводит к развитию остеохондроза позвоночника, а на его основе и других психосоматических заболеваний.

Глава 5. Обоснование выбора психотерапии

5.1 Рационально-эмотивная психотерапия

Этот метод психотерапии разработан в 50-х годах клиническим психологом Альбертом Эллисом. РЭТ имеет две цели: оказание помощи в устранении эмоциональных расстройств и в превращении пациентов в более полно функционирующих, или самоактуализирующихся, индивидов. РЭТ способствует замене ригидных (жестких) позиций на гибкие, что приводит к возникновению нового эффективного мировоззрения [1].

Суть концепции Эллиса выражается формулой G-А-В-С, где G – goals – цели; А — activating event — активизирующее событие (активатор, стимул, побудитель); В — belief system — система убеждений; С — emotional consequences — эмоциональные и поведенческие последствия. У людей есть определенные цели (ценности, намерения, желания), к которым они всегда стремятся. Целью человека обычно является получение удовлетворения в следующих сферах жизни: 1) от общения с самим собой; 2) от общения с другими людьми; 3) от общения с избранными близкими; 4) в работе и финансах; 5) в других видах деятельности (занятиях искусством, литературой, спортом и т.д.) [10, 29].

На пути к осуществлению этих целей человек часто сталкивается с препятствиями, которые в РЭТ называются негативными активизирующими событиями (А). Когда такое событие происходит, у человека есть выбор между адекватной и неадекватной эмоциональной реакцией и соответствующим поведением (С). В большинстве случаев люди адекватно реагируют на A. Основным источником адекватных или неадекватных чувств и поведения являются не активизирующие события (А), а рациональные или иррациональные убеждения (В) [10, 29]. Т.е. вызывают эмоциональные последствия не сами события, а то, как люди интерпретируют эти события.

Когда возникает нежелательное эмоциональное последствие, такое, как сильная тревога, то корни его можно найти в иррациональных убеждениях человека. Если эти убеждения эффективно опровергать, приводить рациональные доводы и показывать их несостоятельность на поведенческом уровне — тревога исчезает [1].

Эллис подчёркивает, что надо отличать описательные (дескриптивные) когниции, содержащие информацию о реальности, от оценочных, содержащих отношение к этой реальности. С точки зрения рационально-эмоциональной терапии, не объективные события вызывают позитивные или негативные эмоции, а их внутреннее восприятие и оценка.

Возникновение психологических проблем у пациента является результатом нарушений в когнитивной сфере. Эти нарушения Эллис назвал иррациональными установками.Он выделяет 4 группы таких установок, которые наиболее часто создают проблемы у пациентов:

Установки долженствования. Некоторые люди убеждены в том, что в мире существуют некие универсальные установки (принципы), которые, несмотря ни на что, должны быть реализованы. Например, "мир должен быть справедливым", "люди должны быть честными". Установки преувеличения (драматизация, катастрофизация). При этих установках отдельные события, происходящие в жизни, оцениваются как катастрофические вне какой-либо системы отсчета.

Катастрофические установки проявляются в высказываниях пациентов в виде оценок, выраженных в самой крайней степени: "ужасно", "невыносимо" и т. п. Например, "Это ужасно, когда нет друзей".

Установка обязательной реализации своих потребностей. В основании этой установки лежит иррациональное убеждение в том, что, для того чтобы осуществиться и стать счастливым, человек должен обладать определенными качествами. Например, "Я должен быть на высоте в моей профессии, иначе я ничего не стою".

Оценочная установка.При этой установке оценивается личность человека в целом, а не отдельные его черты, качества, поступки и т. д. Другими словами, здесь отдельный аспект человека отождествляется с человеком в целом [1].

С точки зрения Эллиса, иррациональные установки — это жесткие эмоционально-когнитивные связи.Они имеют характер предписания, требования, приказа, носят, как говорит Эллис, абсолютистский характер. Поэтому обычно иррациональные установки не соответствуют реальности.

Отсутствие реализации иррациональных установок приводит к длительным, неадекватным ситуации эмоциям.

У нормально функционирующего человека имеется рациональная система установок,которую можно определить как систему гибких эмоционально-когнитивных связей.Эта система имеет вероятностный характер, выражает скорее пожелание, предпочтение определенного развития событий. Рациональной системе установок соответствует умеренная сила эмоций. Хотя они иногда могут носить интенсивный характер, однако не захватывают индивида надолго и поэтому не блокируют его деятельность, не мешают достижению целей [1].

Итак, цель рационально-эмотивной психотерапии – перевод клиента в проблемной ситуации с иррациональных установок на рациональные.

В РЭТ считается, что для того, чтобы произошли глобальные изменения, желательно, чтобы клиент сделал три главные вещи: 1) понял, что основную ответственность за свои мысли, чувства и поступки несет он сам, и перестал перекладывать ее на своих родителей, культуру, окружающую действительность; 2) увидел, как именно вредят ему его мысли, чувства и действия; 3) настойчиво и последовательно старался изменить свои иррациональные убеждения, эмоции и поведение [29].

РЭТ показана прежде всего пациентам, способным к интроспекции, анализу своих мыслей. Она предполагает активное участие пациента на всех этапах психотерапии, установление с ним отношений, близких к партнерским. Этому помогает совместное обсуждение возможных целей психотерапии, проблем, которые хотел бы разрешить пациент (обычно это симптомы соматического плана или хронического эмоционального дискомфорта) [16].

Начало работы включает информирование пациента о теории РЭТ (эмоциональные проблемы вызывают не сами события, а их оценка), о последовательных этапах восприятия события человеком. После этого приступают к работе с системой убеждений клиента.

В работе с когнициями пациентов диагностическая формула G-А-В-С дополняется новыми элементами, трансформируясь в терапевтическую формулу G-А-В-С-D-Е, где D — дискутирование (оспаривание иррациональных убеждений), Е — эффективные рациональные убеждения, сменившие прежние иррациональные.

Основные этапы психотерапии:

1. Кларификация, прояснение параметров события (А), в том числе параметров, наиболее эмоционально затронувших пациента, вызвавших у него неадекватные реакции. Фактически на этом этапе происходит личностная оценка события. Кларификация позволяет пациенту дифференцировать события, которые могут и не могут быть изменены.
2. Идентификация следствий (С), прежде всего аффективных воздействий события. Цель этого этапа — выявление всего диапазона эмоциональных реакций на событие. Это необходимо, поскольку не все эмоции легко дифференцируются человеком, некоторые подавляются и поэтому не осознаются из-за включения механизмов психологической защиты.
3. Выявление системы оценочных когниций (как иррациональных, так и рациональных установок) (В). Цель этапа реализована, когда в проблемной области выявлены иррациональные установки, показан характер связи между ними. Выявление рациональных установок также необходимо, поскольку они составляют ту позитивную часть отношения, которая в последующем может быть расширена.
4. Дискутирование по поводу иррациональных убеждений (D). На этом этапе терапевт обсуждает и оспаривает иррациональные суждения клиента. Теперь клиента стимулируют к тому, чтобы он разработал свои собственные аргументы против иррациональных суждений и поупражнялся с ними.
5. Замена иррациональных убеждений на эффективные рациональные (Е) [16, 17].

На этапах реконструкции системы убеждений пациента воздействие осуществляется на трех уровнях: когнитивном, эмоциональном и поведенческом.

Когнитивный уровень. РЭТ учит клиентов осознавать свои "долженствования", отделять рациональные убеждения от иррациональных, принимать действительность такой, какая она есть. Также клиенты учатся оспаривать свои иррациональные убеждения и заменять их на рациональные. С этой целью терапевты используют различные когнитивные техники: РЭТ применяет сократовский диалог между терапевтом и пациентом. Вообще беседа является главным терапевтическим инструментом в когнитивной терапии. Терапевт тщательно составляет вопросы, целями которых являются: а) прояснение или определение проблемы; б) помощь пациенту в идентификации его иррациональных мыслей; в) изучение значения событий для пациента; г) оценка последствий поддержания неадаптивных мыслей и поведения.

Для объяснения пациентам, почему их иррациональные убеждения не выдерживают критики, терапевт использует технику научного опроса.

Также применяется когнитивный диспут, предусматривающий доказательство справедливости иррациональной установки со стороны пациента. Задача терапевта здесь состоит в прояснении смысла, в демонстрации логической несостоятельности установки.

Декатастрофизация **-** или, как ее еще называют, техника "что, если" — предназначена для исследования действительных, фактических событий и последствий, которые в представлении пациента наносят ему психологический ущерб и вызывают чувство тревоги. Эта техника помогает пациентам подготовиться к последствиям, сопряженным со страхом. Она полезна для уменьшения избегания [1].

Эмоциональный уровень. Терапевтом используются различные способы драматизации долженствований, чтобы пациенты могли четко различать "было бы лучше" от "должно". С этой целью терапевт может использовать рациональную ролевую игру, чтобы показать пациентам, какие ложные идеи руководят ими и как это влияет на их отношения с другими людьми. Также может применяться моделирование, чтобы показать пациентам, как принимать различные идеи. Часто используется юмор, чтобы довести до абсурда иррациональные мысли. Терапевт использует безусловное принятие, демонстрируя пациентам, что он принимает их, несмотря на наличие у них негативных черт, что дает им импульс для принятия себя. Так как многие иррациональные убеждения включают в себя сильно выраженный эмоциональный компонент, то требуется убедительное и решительное оспаривание их. Для этого применяется эмоционально насыщенное разубеждение, приводящее пациентов к отказу от некоторых абсурдных идей и замене их на более адекватные понятия [1].

Поведенческий уровень.РЭТ широко применяет различные бихевиоральные техники не только для устранения симптомов, но и для изменения когниций пациентов.

Терапевт прибегает к поведенческим экспериментам, предназначенным для опровержения неадаптивных убеждений и обеспечения нового научения. В поведенческом эксперименте пациент перед его началом предсказывает результат, основанный на иррациональных мыслях, затем выполняет заранее согласованное с терапевтом поведение и, наконец, оценивает результат в свете нового опыта.

Поведенческие техники используются также: для расширения репертуара поведенческих реакций пациента (тренинг умений); для расслабления (прогрессивная релаксация); для стимуляции активности (планирование деятельности); для подготовки пациента к ситуациям, вызывающим тревогу (поведенческая репетиция и ролевая игра); для предъявления стимулов, вызывающих страх (экспозиционная терапия) [1].

Рационально-эмотивная терапия (наряду с когнитивно-бихевиоральной) занимает интегративную позицию, в которой подчеркивается важность активно-директивного использования разнообразных когнитивных, эмотивных и бихевиоральных методов при работе практически с каждым клиентом. Однако пропорции, в которых РЭТ использует методы прямого и косвенного воздействия, сотрудничества и директивы, убеждения и домашней работы, когнитивные и эмотивные методы, при работе с разными клиентами различаются, поскольку каждый человек индивидуален, он в чем-то похож на других, а в чем-то – совсем не такой, как все [29].

РЭТ обладает рядом несомненных достоинств, выделяющих ее среди других методов психотерапии:

1. Подход является понятным, легко изучаемым и эффективным. Большинство клиентов почти не имеют проблем в усвоении принципов или терминологии РЭТ.
2. Она может приносить положительные результаты достаточно быстро, поскольку стремится как можно скорее свести к нулю базовые иррациональные убеждения клиента, а также научить его, как их оспаривать и бороться с ними. Поэтому часто удается помочь людям (при условии их активности) достичь существенных улучшений в течение 3-6 месяцев.
3. РЭТ работает не только эффективно, но и экономно. Терапевты стараются в основном пользоваться теми техниками, которые подходят большинству клиентов - активное оспаривание иррациональных убеждений, рационально-эмотивные образы, десенситизация in vivo. Если эти техники не оказываются эффективными при работе с конкретным клиентом, психотерапевт выбирает из имеющегося в его распоряжении арсенала другие когнитивные, эмотивные и бихевиоральные методы, которые могут подойти для необычного или трудного случая.
4. Подход вызвал к жизни большое количество исследований и публикаций, предназначенных как для консультантов, так и для клиентов. Ни одна другая теория не породила такого количества литературы, которую можно использовать для библиотерапии.
5. Несмотря на то, что РЭТ оказывается наиболее эффективной при работе с умными, образованными клиентами, обладающими высоким уровнем мотивации, ее можно применять и в упрощенной форме с несложным языком для детей, малообразованных или внутренне сопротивляющихся клиентов. РЭТ применима к гораздо более широкому кругу людей, чем любой другой популярный сегодня вид психотерапии.
6. РЭТ сегодня находит применение не только в обычной психотерапевтической работе - она широко используется в образовании, общении, бизнесе. Основные положения и техники РЭТ описаны в многочисленных популярно-психологических книгах. Через эти каналы РЭТ помогает миллионам людей, не получающим психотерапевтической помощи.
7. В отличие от многих других популярных школ психотерапии - например, психоанализа, гештальт-терапии, клиент-центрированной терапии и других, - в рамках которых проведено лишь небольшое количество исследований результатов психотерапевтического воздействия, за РЭТ и КБТ сегодня стоит более 200 экспериментов, результаты которых доказывают их большую эффективность по сравнению с другими видами психотерапии.
8. РЭТ, исходно появившаяся как индивидуальная психотерапия, сегодня успешно применяется в других формах, включая группы, "рациональные марафоны", семинары, интенсивные занятия, компьютерная терапия, работа с кризисами и т.д.
9. По мере совершенствования техник подход продолжает развиваться и по настоящий день [23, 29].

Лечению с помощью РЭТ хорошо поддаются: 1) пациенты с плохой приспособляемостью, умеренной тревожностью и с супружескими проблемами; 2) сексуальные нарушения; 3) неврозы; 4) расстройства характера; 5) прогульщики занятий в школе, подростки-правонарушители и взрослые преступники; 6) синдром пограничного расстройства личности; 7) психотические пациенты, включая больных с галлюцинациями, когда они в контакте с реальностью; 8) пациенты с легкими формами умственной отсталости; 9) пациенты с психосоматическими проблемами [1].

5.2 Показания к применению рационально-эмотивной психотерапии

Т.к. остеохондроз является одним из психосоматических заболеваний, причиной возникновения которого является хроническое психоэмоциональное напряжение, то при его лечении показаны методы психотерапии.

На наш взгляд, при лечении остеохондроза позвоночника основная роль должна отводиться когнитивно-бихевиоральным методам терапии, и в частности рационально-эмотивной психотерапии А.Эллиса.

В ходе рационально-эмотивной психотерапии воздействие осуществляется на трех уровнях: когнитивном, эмоциональном и поведенческом. В работе с пациентом она отличается структурированностью и последовательностью и способствует замене ригидных (жестких) позиций на гибкие, что приводит к возникновению нового эффективного мировоззрения.

Т.к. предполагается активное участие пациента на всех этапах психотерапии, его умственное напряжение, то до начала работы необходимо устранить или максимально уменьшить болевой синдром, чувство усталости, состояние вегетативной дисфункции и т.д. Т.к. эти состояния ослабляют работу левого полушария головного мозга, что приводит к снижению умственной работоспособности.

Выявленные в ходе клинической беседы иррациональные убеждения, а в психодиагностическом исследовании психологические особенности, характерные как для всей категории больных остеохондрозом, так и зависящие от локализации патологического процесса (шейный, поясничный, распространенный), можно рассматривать как показания к психотерапии.

Итак, основными показаниями являются:

1. наличие у подавляющего числа больных внутренних (психосоматических) конфликтов, противоречивых и разнонаправленных тенденций (по результатам методики Мини-мульт);
2. недостаточная способность к адекватному отреагированию эмоций в поведении;
3. лежащие в основе заболевания неудовлетворенные потребности, недостигнутые цели, нереализованные планы и т.д., которые не могут быть осуществлены в силу их нереалистичности, вызванной иррациональными убеждениями больных;
4. свойственная больным остеохондрозом (по результатам методики ТОРЗ) ригидность (фиксированность) как поведения, так и эмоциональных проявлений (реакций) особенно в стрессовых (конфликтных) ситуациях;
5. для данной категории больных (по результатам методик ОНР и Мини-мульт) огромное значение имеет социальная сфера, в результате чего они стремятся выглядеть в глазах окружающих лучше, чем они есть на самом деле (т.е. более благополучными, успешными, независимыми), остро переживают социальные неудачи, активно контролируют свои эмоции и поведение, излишне драматизируют происходящее и т.д.

В связи с этим рекомендованы следующие направления психотерапии в лечении данной категории больных:

1. выявление и коррекция иррациональных убеждений (для этого применяются техника "что, если", реатрибуция, децентрализация, "когнитивный эксперимент", техника научного опроса и т.д.);

2. помощь в осознании пациентом его основных потребностей, установок, отношений; характера его внутренних конфликтов и механизмов психологической защиты (здесь могут быть использованы следующие когнитивные техники: сократовский диалог, когнитивный диспут и др.); особенностей его поведения и эмоционального реагирования, их адекватности и реалистичности;

3. модификация способов эмоционального реагирования; например, терапевт помогает пациентам: а) избавиться от тревоги, чувства вины и депрессии, полностью приняв себя как личность, независимо от того, преуспел он в жизни или нет, принимают его другие люди или нет; б) уменьшить агрессивность и враждебность, став более терпимым к другим людям, даже если их поведение достойно осуждения.

4. коррекция установок и системы потребностей пациента; приведение его притязаний в соответствие с его возможностями;

5. помощь в расширении диапазона и закреплении адекватных форм поведения (тренинг умений, поведенческая репетиция, ролевая игра и т.д.), например, научить пациента как уменьшить инерцию, прилагая усилия к изменению приемлемой ситуации, и как повысить низкую фрустрационную толерантность, учась переносить ситуации, которые нельзя изменить.

В связи с выделенной психологической типологией для каждой группы больных (с шейным, пояснично-крестцовым и распространенным остеохондрозом) рекомендуется помимо основных использование дополнительных методик психотерапевтического воздействия:

1. Больным шейным остеохондрозом характерны отсутствие психических нарушений, эмоциональная устойчивость, повышенный фон настроения и жизнелюбие. Для устранения тревожности, нерешительности, некоторой неуверенности в себе, страха самовыражения, рекомендуется проведение следующих терапевтических мероприятий:

* методики отреагирования отрицательных эмоций (гнева, раздражения);
* тренинги по уменьшению тревожности и повышению самооценки, личностной значимости;
* коммуникативные тренинги;
* обучение саморегуляции и расслаблению в стрессовых ситуациях (например, прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону, аутогенная тренировка по Шульцу, дыхательные методики, медитация и т.д.).

2. Больным пояснично-крестцовым остеохондрозом свойственны ипохондричность, фиксация на состоянии своего здоровья, эмоциональная ригидность, раздражительность, нервозность, эмоциональная неустойчивость, стремление быть в центре внимания. Для работы с этими состояниями рекомендуется использование:

* упражнений на весь спектр эмоций с упором на положительные; проведение ролевых игр с закреплением адекватного эмоционального поведения;
* техник отвлечения внимания (физическая деятельность, работа, игра) для уменьшения сильных эмоций и негативного мышления;
* техник, направленных на повышение мотивации к выздоровлению и уменьшение желательности заболевания.

3. В связи с наличием у больных распространенным остеохондрозом позвоночника ярко выраженных невротических и психических расстройств, напряженности, раздражительности, высокой ригидности, большого количества психических защит, социальной зависимости и эмоциональной неустойчивости с преобладанием депрессивных тенденций рекомендуется для повышения эффективности рационально-эмотивной психотерапии включение длительной подготовительной (начальной) стадии. На данной стадии рекомендованы следующие психотерапевтические мероприятия:

* обучение техникам психомышечной релаксации;
* телесно-ориентированные методы терапии;
* использование творческой терапии;
* повышение мотивации на выздоровление, устранение желательности заболевания.

РЭТ можно проводить как в индивидуальной, так и в групповой форме. Причем, групповая терапия обладает рядом преимуществ, оказывающих положительный лечебный эффект:

* общность проблемы;
* доверительная, теплая атмосфера;
* возможность наблюдать за поведением друг друга и учиться на чужом опыте;
* возможность поведения тренингов утвердительного поведения и ролевых игр.

Но использование одной лишь только рационально-эмотивной психотерапии при лечении остеохондроза не даст высокого эффекта. Лечение должно быть комплексным. Желательно также применять:

* релаксационные методики (например, технику нервно-мышечной релаксации), т.к. именно вследствие мышечного напряжения нарушается питание межпозвоночных дисков, что ведет к развитию и прогрессированию остеохондроза.
* иглоукалывание
* массаж
* медикаментозное и физиотерапевтическое лечение (минеральные ванны, ультрафиолетовое облучение, грязевые, озокеритные, парафиновые аппликации, тепловые процедуры и т.д.). Они уменьшают боль и отек тканей, улучшают кровообращение, стимулируют мышечную фиксацию.
* лечебную физкультуру, йогу, пилатес и т.д.

Только благодаря комплексному лечению больных остеохондрозом позвоночника, проводимому как на соматическом, так и на психологическом уровнях можно достичь положительного и долгосрочного эффекта.

Выводы

1. Психологическими особенностями больных остеохондрозом являются:

- наличие иррациональных убеждений (в основном долженствование и преувеличение);

- высокая психическая ригидность (как поведенческая, так и эмоциональная);

- ориентированность на социальные нормы и правила, стремление выглядеть в глазах окружающих лучше и значительнее, чем есть на самом деле;

- активный контроль своего поведения и эмоций, подавление чувств;

- наличие внутренних (психосоматических) конфликтов, чаще между эмоциональной лабильностью и сдерживанием, подавлением эмоциональных реакций.

1.1 По видам остеохондроза выделена психологическая типология: для больных шейным остеохондрозом характерна легкая психологическая нестабильность, повышенный уровень тревожности и подавление так называемых социально нежелательных качеств (неуверенности в себе, аффективной неустойчивости, социальной неадаптивности и т.д.).

1.2 Для больных пояснично-крестцовым остеохондрозом характерна фиксированность поведения, появление отдельных акцентуаций характера, ипохондричность, раздражительность, эмоциональная неустойчивость.

1.3 Распространенный остеохондроз является самой тяжелой формой остеохондроза, что находит свое отражение в психологическом статусе этой группы больных. Для них характерна выраженная психическая и социальная дезадаптация, состояние общего стресса, наличие личностных деформаций и невротических расстройств.

2. По результатам омегаметрии не выявлено достоверных различий значений омега-потенциала у больных шейным, пояснично-крестцовым и распространенным остеохондрозом позвоночника.

2.1 Для подавляющего числа больных характерны значения омега-потенциала в пределах 20-40 мВ (т.е. в норме), что является отражением адаптации больного к хроническому мышечному и психоэмоциональному напряжению.

2.2 Выявлена неадекватная реакция на функциональную нагрузку (10 приседаний), которая свидетельствует о недостаточном возбуждении нервной системы на нагрузку, состоянии перенапряжения адаптивных и регуляторных систем организма и их быстрой истощаемости.

2.3 Физиологическое истощение и перенапряжение адаптивных механизмов регуляции функций (по данным омегаметрии) подтверждают психологическое истощение и неустойчивость, нарушение адаптации, выявленные в ходе психологического тестирования методиками Мини-мульт, УН и ТОРЗ.

3. Выявленные у больных остеохондрозом в ходе клинической беседы иррациональные убеждения, а в психодиагностическом исследовании психологические особенности можно рассматривать как показания к психотерапии.

3.1 Наиболее адекватной является рационально-эмотивная психотерапия, которая способствует замене ригидных (жестких) позиций на гибкие, что приводит к возникновению нового эффективного мировоззрения и устранению психологических и эмоциональных проблем.

3.2 В ходе РЭТ в рамках лечения больных остеохондрозом воздействие осуществляется на трех уровнях.

На когнитивном уровне осуществляется:

- выявление и коррекция иррациональных убеждений;

- помощь в осознании пациентом его основных потребностей, установок, характера внутренних конфликтов.

На эмоциональном уровне происходит:

- выявление всего спектра эмоциональных реакций, оценка адекватности и реалистичности эмоций;

- модификация способов эмоционального реагирования.

На поведенческом уровне происходит:

- расширение диапазона и закрепление адекватных форм поведения;

- обучение техникам мышечной релаксации.

3.3 Использование одной лишь только РЭТ при лечении остеохондроза не даст высокого эффекта. Только благодаря проведению комплексного лечения как на соматическом, так и на психологическом уровнях можно достичь положительного и долгосрочного эффекта.

Список литературы

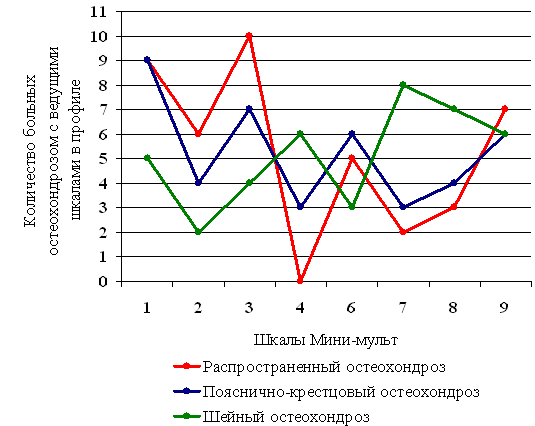
1. Александров А.А. Личностно-ориентированные методы психотерапии. – СПб: Речь, 2000.-240 с.
2. Антонов И.П. Патогенез и диагностика остеохондроза позвоночника и его неврологических проявлений: состояние проблемы и перспективы изучения. – Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, Т.86, выпуск 4, 1986.-481-488 с.
3. Березин Ф.Б., Безносюк Е.В., Соколова Е.Д. Психологические механизмы психосоматических заболеваний. – Российский медицинский журнал, №2, 1998.-43-49 с.
4. Варапанов В.А., Юрьев П.В. Некоторые психологические и функциональные критерии оценки эффективности комплексного лечения больных с депрессивным синдромом при остеохондрозе позвоночника. – Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры, №5, 1994.-23-24 с.
5. Васильева А. Остеохондроз: профилактика и исцеление от недуга. – СПб.: Невский проспект, 2003.-126 с.
6. Григорьева В.Н. Роль личностных особенностей больных в хронизации неврологических проявлений остеохондроза позвоночника и пути психокоррекции. – Журнал неврологии и психиатрии, №8, 1998.-27-33 с.
7. Григорьева В.Н., Густов А.В. Психологическая характеристика больных неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза. – Журнал неврологии и психиатрии, №3, 1997.-12-15 с.
8. Долженков А.В. Здоровье вашего позвоночника.
9. Зайцев В.П., Тюрина О.Г., Айвазян Т.А., Горбунов Ф.Е., Масловская С.Г. Особенности восприятия боли и психологический статус больных остеохондрозом позвоночника с болевым синдромом. – Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры, №6, 2002.-30-33 с.
10. Залевский Г.В. Основы современной бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования. – ТГУ, Томск, 2002.
11. Залевский Г.В. Психическая ригидность в норме и патологии. - Томск: Изд-во Томского университета, 1993.-272 с.
12. Илюхина В.А. Омега-потенциал – количественный показатель состояний структур мозга и организма. Сообщение 1. О физиологической значимости омега-потенциала при регистрации его с глубоких структур и с поверхности кожи головы. – Физиология человека, Т.8, №3, 1982.-450-455 с.
13. Илюхина В.А., Заболотских И.Б. Энергодефицитные состояния здорового и больного человека. – Санкт-Петербург, 1993.-193 с.
14. Илюхина В.А., Сычев А.Г. и др. Омега-потенциал – количественный показатель состояний структур мозга и организма. Сообщение 2. Возможности и ограничения использования омега-потенциала для экспресс оценки состояний организма человека. – Физиология человека, Т.8, №5, 1982.-721-733 с.
15. Илюхина В.А., Хон Ю.В., Кирьянова Р.Е. Сверхмедленные процессы мозга человека (терминология и уточнение некоторых понятий). Сообщение 2. Методология и методы регистрации, анализа, интерпретации данных спонтанной и вызванной динамики сверхмедленных процессов коры и подкорковых структур. Физиология человека, Т.8, №1, 1982.-31-53 с.
16. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – СПб: Изд-во Питер, 2002.
17. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб: Изд-во Питер, 1998.-752 с.
18. Коттлер Дж, Браун Р. Психотерапевтическое консультирование. – СПб: Изд-во Питер, 2001.-464 с.
19. Кривцов А.Г. Старинные народные и современные методы лечения остеохондроза. – Ростов-на-Дону: Изд-во Ростовского университета, 1990.
20. Лукачер Г.Я. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника. – М.: Медицина, 1985.-240 с.
21. Михайлова С.Н. Особенности психологических портретов больных остеохондрозом. – Сибирский психологический журнал, №19, 2004.-53-56 с.
22. Психодиагностическая методика для определения невротических и неврозоподобных нарушений (ОНР) – пособие для врачей и психологов. Санкт-Петербург, 1998.
23. Ресурсы Интернета.
24. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ.- СПб.: Речь, 2002.-219 с.
25. Таламбум Е.А., Силин Л.Л. Остеохондроз позвоночника. – Медицинская помощь, №1, 2000.-19-26 с.
26. Тюрина О.Г. Психологические особенности больных остеохондрозом позвоночника с длительным болевым синдромом. – Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры, №1, 2003.-49-52 с.
27. Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (УН) – пособие для врачей и психологов. СПб., 1999.
28. Черний В.И., Костенко В.С., Ермолаева Е.И. Сверхмедленные физиологические процессы (теоретические и прикладные аспекты). – Вестник восстановительной и неотложной медицины, Т.4, №2, 2003.
29. Эволюция психотерапии. В 4 т. Т. 2. "Осень патриархов": Психоаналитически ориентированная и когнитивно-бихевиоральная терапия/ Пер. с англ. Т.К. Кругловой. – М: Независимая фирма "Класс", 1998.-416 с.
30. Янушанец Н. Хребет жизни – позвоночник. – СПб.: Питер, 2003. – 160 с.

Приложение 1

Таблица 1. **"**Результаты методики Мини-мульт у больных остеохондрозом".

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО | Пол | Возраст | Шкалы | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Шейный остеохондроз | | | | | | | | | | | |
| 1 | Г.О.В. | м | 45 л | 48 | 50 | 53 | 45 | 50 | 56 | 47 | 52 |
| 2 | Ц.Д.Н. | м | 35 л | 45 | 50 | 45 | 55 | 45 | 53 | 54 | 46 |
| 3 | И.С.В. | м | 44 г | 58 | 38 | 52 | 44 | 45 | 39 | 49 | 52 |
| 4 | П.К.С. | ж | 20 л | 46 | 42 | 35 | 55 | 26 | 31 | 43 | 35 |
| 5 | Г.С.А. | м | 43 г | 43 | 47 | 45 | 60 | 45 | 53 | 53 | 52 |
| 6 | А.С.Ю. | м | 48 л | 52 | 36 | 48 | 45 | 56 | 35 | 50 | 46 |
| 7 | Б.Ю.С. | ж | 28 л | 57 | 47 | 59 | 40 | 45 | 56 | 50 | 46 |
| 8 | М.А.И. | ж | 21 г | 46 | 47 | 37 | 40 | 56 | 40 | 35 | 24 |
| 9 | Б.А.М. | ж | 21 г | 46 | 50 | 48 | 45 | 38 | 53 | 53 | 40 |
| 10 | Г.К.В. | ж | 24 г | 55 | 45 | 46 | 60 | 55 | 60 | 60 | 66 |
| 11 | Б.Л.А. | ж | 40 л | 52 | 57 | 59 | 35 | 55 | 57 | 39 | 62 |
| 12 | Б.Д.П. | м | 25 л | 39 | 32 | 33 | 45 | 38 | 40 | 47 | 52 |
| 13 | Р.О.В. | ж | 44 г | 59 | 54 | 56 | 45 | 61 | 65 | 60 | 35 |
| 14 | Л.П.А. | м | 43 г | 46 | 35 | 40 | 50 | 45 | 31 | 47 | 46 |
| Пояснично-крестцовый остеохондроз | | | | | | | | | | | |
| 15 | В.П.В. | м | 48 л | 68 | 65 | 74 | 78 | 78 | 69 | 70 | 57 |
| 16 | Б.Н.И. | м | 42 г | 48 | 50 | 47 | 60 | 72 | 60 | 70 | 57 |
| 17 | Г.В.В. | м | 48 л | 42 | 38 | 35 | 40 | 32 | 35 | 35 | 46 |
| 18 | С.Д.О. | м | 25 л | 42 | 36 | 48 | 30 | 51 | 31 | 43 | 57 |
| 19 | В.Е.А. | м | 57 л | 31 | 54 | 36 | 56 | 56 | 40 | 47 | 46 |
| 20 | Т.В.В. | м | 48 л | 52 | 43 | 45 | 45 | 50 | 40 | 50 | 46 |
| 21 | Ч.В.В. | м | 28 л | 46 | 50 | 55 | 68 | 50 | 69 | 57 | 57 |
| 22 | К.Л.Я. | ж | 48 л | 85 | 76 | 81 | 60 | 72 | 82 | 77 | 52 |
| 23 | Х.Л.А. | ж | 48 л | 65 | 76 | 74 | 60 | 61 | 57 | 60 | 40 |
| 24 | А.В.И. | м | 52 г | 42 | 58 | 52 | 50 | 50 | 44 | 39 | 62 |
| 25 | М.Н.Ш | ж | 24 г | 52 | 38 | 48 | 45 | 38 | 48 | 50 | 57 |
| 26 | С.Н.В. | ж | 47 л | 82 | 62 | 74 | 45 | 62 | 69 | 67 | 62 |
| 27 | Е.Н.Н. | ж | 42 г | 62 | 72 | 74 | 55 | 45 | 60 | 43 | 40 |
| 28 | К.М.В. | ж | 42 г | 52 | 47 | 40 | 40 | 50 | 44 | 60 | 52 |
| 29 | Л.И.А. | м | 47 л | 58 | 47 | 59 | 55 | 45 | 40 | 50 | 57 |
| 30 | Е.Е.В. | ж | 38 л | 62 | 50 | 56 | 35 | 55 | 31 | 31 | 52 |
| Распространенный остеохондроз | | | | | | | | | | | |
| 31 | К.В.В. | м | 66 л | 45 | 42 | 45 | 40 | 51 | 48 | 50 | 79 |
| 32 | Ф.Г.А. | ж | 67 л | 66 | 69 | 67 | 64 | 72 | 65 | 67 | 63 |
| 33 | Б.Е.А. | ж | 51 г | 65 | 69 | 64 | 40 | 61 | 65 | 53 | 35 |
| 34 | Т.Т.Г. | ж | 52 г | 71 | 69 | 67 | 50 | 62 | 65 | 64 | 52 |
| 35 | Б.М.М. | ж | 42 г | 61 | 62 | 59 | 36 | 67 | 60 | 57 | 46 |
| 36 | В.А.И. | ж | 48 л | 65 | 65 | 66 | 54 | 72 | 65 | 70 | 79 |
| 37 | Г.А.В. | м | 39 л | 65 | 47 | 63 | 63 | 62 | 57 | 70 | 68 |
| 38 | К.Т.В. | ж | 52 г | 61 | 54 | 63 | 30 | 50 | 48 | 50 | 57 |
| 39 | К.В.И. | м | 51 г | 61 | 50 | 62 | 40 | 45 | 48 | 43 | 35 |
| 40 | М.Е.А. | ж | 30 л | 58 | 65 | 63 | 54 | 56 | 60 | 57 | 68 |
| 41 | К.В.С. | ж | 65 л | 66 | 47 | 63 | 50 | 38 | 52 | 53 | 57 |
| 42 | Ю.В.И. | ж | 48 л | 75 | 58 | 77 | 50 | 73 | 60 | 68 | 52 |
| 43 | С.Л.А. | ж | 50 л | 68 | 63 | 66 | 50 | 55 | 52 | 43 | 73 |
| 44 | А.Н.А. | ж | 46 л | 56 | 77 | 63 | 59 | 61 | 69 | 46 | 30 |
| 45 | С.Н.И. | м | 55 л | 65 | 58 | 63 | 55 | 50 | 48 | 46 | 63 |

Приложение 2.Рисунок 1. **"**Результатыметодики Мини-мульт у больных остеохондрозом".



Шкалы Мини-мульт:

1 – ипохондрии

2 – депрессии

3 – истерии

4 – психопатии

6 – паранойи

7 – психастении

8 – шизоидности

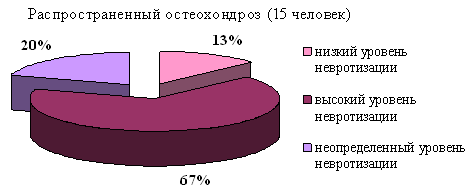
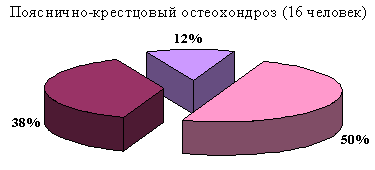
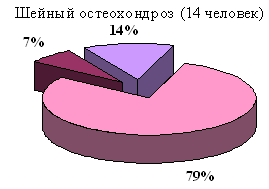
9 – гипомании

Приложение 3

Таблица 2. "Результаты методики "Уровень невротизации" у больных остеохондрозом"

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО | Пол | Возраст | Баллы | Уровень невротизации |
| Шейный остеохондроз | | | | | |
| 1 | Г.О.В. | м | 45 л | +19 | Пониженный |
| 2 | Ц.Д.Н. | м | 35 л | +28 | Низкий |
| 3 | И.С.В. | м | 44 г | +59 | Очень низкий |
| 4 | П.К.С. | ж | 20 л | +85 | Очень низкий |
| 5 | Г.С.А. | м | 43 г | -12 | Повышенный |
| 6 | А.С.Ю. | м | 48 л | +40 | Низкий |
| 7 | Б.Ю.С. | ж | 28 л | +72 | Низкий |
| 8 | М.А.И. | ж | 21 г | -2 | Неопределенный |
| 9 | Б.А.М. | ж | 21 г | +64 | Низкий |
| 10 | Г.К.В. | ж | 24 г | +31 | Низкий |
| 11 | Б.Л.А. | ж | 40 л | - 18 | Неопределенный |
| 12 | Б.Д.П. | м | 25 л | +47 | Очень низкий |
| 13 | Р.О.В. | ж | 44 г | +38 | Пониженный |
| 14 | Л.П.А. | м | 43 г | +59 | Очень низкий |
| Пояснично-крестцовый остеохондроз | | | | | |
| 15 | В.П.В. | м | 48 л | -58 | Очень высокий |
| 16 | Б.Н.И. | м | 42 г | -35 | Высокий |
| 17 | Г.В.В. | м | 48 л | +71 | Очень низкий |
| 18 | С.Д.О. | м | 25 л | +35 | Низкий |
| 19 | В.Е.А. | м | 57 л | 0 | Неопределенный |
| 20 | Т.В.В. | м | 48 л | +28 | Низкий |
| 21 | Ч.В.В. | м | 28 л | +13 | Пониженный |
| 22 | К.Л.Я. | ж | 48 л | -67 | Высокий |
| 23 | Х.Л.А. | ж | 48 л | -61 | Высокий |
| 24 | А.В.И. | м | 52 г | -30 | Высокий |
| 25 | М.Н.Ш | ж | 24 г | +46 | Низкий |
| 26 | С.Н.В. | ж | 47 л | -35 | Повышенный |
| 27 | Е.Н.Н. | ж | 42 г | -5 | Неопределенный |
| 28 | К.М.В. | ж | 42 г | +33 | Пониженный |
| 29 | Л.И.А. | м | 47 л | +32 | Низкий |
| 30 | Е.Е.В. | ж | 38 л | +36 | Пониженный |
| Распространенный остеохондроз | | | | | |
| 31 | К.В.В. | м | 66 л | -63 | Очень высокий |
| 32 | Ф.Г.А. | ж | 67 л | -40 | Повышенный |
| 33 | Б.Е.А. | ж | 51 г | -13 | Повышенный |
| 34 | Т.Т.Г. | ж | 52 г | -19 | Неопределенный |
| 35 | Б.М.М. | ж | 42 г | -29 | Повышенный |
| 36 | В.А.И. | ж | 48 л | -49 | Высокий |
| 37 | Г.А.В. | м | 39 л | -30 | Высокий |
| 38 | К.Т.В. | ж | 52 г | +21 | Пониженный |
| 39 | К.В.И. | м | 51 г | +10 | Неопределенный |
| 40 | М.Е.А. | ж | 30 л | -45 | Высокий |
| 41 | К.В.С. | ж | 65 л | +24 | Пониженный |
| 42 | Ю.В.И. | ж | 48 л | -6 | Неопределенный |
| 43 | С.Л.А. | ж | 50 л | -28 | Повышенный |
| 44 | А.Н.А. | ж | 46 л | -31 | Повышенный |
| 45 | С.Н.И. | м | 55 л | -23 | Высокий |

Приложение 4.Рисунок 2. "Результатыметодики "Уровень невротизации" у больных остеохондрозом"



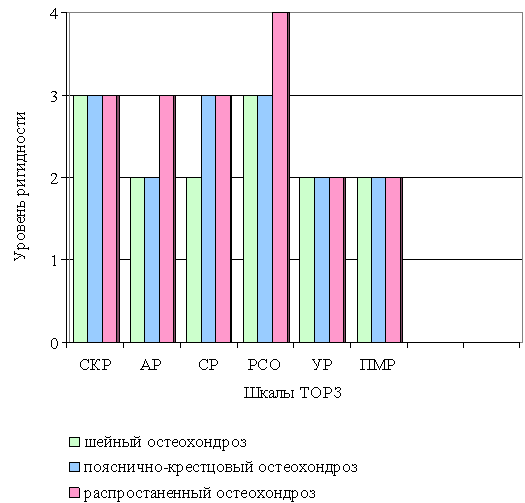
x % - количество больных остеохондрозом с данным уровнем невротизации

Приложение 5

Таблица 3. "Результаты методики ТОРЗ у больных остеохондрозом".

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО | Пол | Возраст | Шкалы | | | | | |
| СКР | АР | УР | СР | РСО | ПМР |
| Шейный остеохондроз | | | | | | | | | |
| 1 | Г.О.В. | м | 45 л | В | У | В | В | У | У |
| 2 | Ц.Д.Н. | м | 35 л | В | У | У | У | У | В |
| 3 | И.С.В. | м | 44 г | У | У | У | У | Н | В |
| 4 | П.К.С. | ж | 20 л | У | Н | У | Н | В | У |
| 5 | Г.С.А. | м | 43 г | У | У | У | У | В | У |
| 6 | А.С.Ю. | м | 48 л | В | В | У | У | В | У |
| 7 | Б.Ю.С. | ж | 28 л | В | У | У | У | У | У |
| 8 | М.А.И. | ж | 21 г | В | В | В | У | ОВ | В |
| 9 | Б.А.М. | ж | 21 г | В | В | У | Н | У | У |
| 10 | Г.К.В. | ж | 24 г | В | У | У | У | В | У |
| 11 | Б.Л.А. | ж | 40 л | В | В | В | В | ОВ | В |
| 12 | Б.Д.П. | м | 25 л | У | Н | У | Н | Н | У |
| 13 | Р.О.В. | ж | 44 г | В | В | У | У | В | У |
| 14 | Л.П.А. | м | 43 г | В | У | У | Н | У | У |
| Пояснично-крестцовый остеохондроз | | | | | | | | | |
| 15 | В.П.В. | м | 48 л | В | У | В | В | В | У |
| 16 | Б.Н.И. | м | 42 г | В | В | В | В | У | В |
| 17 | Г.В.В. | м | 48 л | У | У | У | У | У | У |
| 18 | С.Д.О. | м | 25 л | У | У | У | У | У | В |
| 19 | В.Е.А. | м | 57 л | В | У | В | Н | В | У |
| 20 | Т.В.В. | м | 48 л | В | В | У | У | Н | В |
| 21 | Ч.В.В. | м | 28 л | У | Н | Н | Н | Н | У |
| 22 | К.Л.Я. | ж | 48 л | У | У | В | У | В | В |
| 23 | Х.Л.А. | ж | 48 л | В | В | ОВ | У | ОВ | В |
| 24 | А.В.И. | м | 52 г | В | В | В | У | В | В |
| 25 | М.Н.Ш | ж | 24 г | У | Н | У | Н | Н | У |
| 26 | С.Н.В. | ж | 47 л | В | В | В | У | ОВ | У |
| 27 | Е.Н.Н. | ж | 42 г | В | У | В | У | В | У |
| 28 | К.М.В. | ж | 42 г | У | В | В | У | В | У |
| 29 | Л.И.А. | м | 47 л | В | У | В | В | ОВ | У |
| 30 | Е.Е.В. | ж | 38 л | У | У | Н | У | У | Н |
| Распространенный остеохондроз | | | | | | | | | |
| 31 | К.В.В. | м | 66 л | В | У | ОВ | У | ОВ | В |
| 32 | Ф.Г.А. | ж | 67 л | В | В | В | В | ОВ | У |
| 33 | Б.Е.А. | ж | 51 г | В | В | ОВ | У | ОВ | В |
| 34 | Т.Т.Г. | ж | 52 г | В | У | В | У | В | У |
| 35 | Б.М.М. | ж | 42 г | В | В | В | У | ОВ | У |
| 36 | В.А.И. | ж | 48 л | В | В | В | У | У | ОВ |
| 37 | Г.А.В. | м | 39 л | В | В | В | У | Н | У |
| 38 | К.Т.В. | ж | 52 г | У | У | В | У | В | У |
| 39 | К.В.И. | м | 51 г | В | У | В | В | ОВ | У |
| 40 | М.Е.А. | ж | 30 л | В | В | В | У | ОВ | У |
| 41 | К.В.С. | ж | 65 л | В | У | В | У | В | В |
| 42 | Ю.В.И. | ж | 48 л | В | В | В | У | В | У |
| 43 | С.Л.А. | ж | 50 л | В | В | В | В | ОВ | У |
| 44 | А.Н.А. | ж | 46 л | ОВ | В | ОВ | У | ОВ | В |
| 45 | С.Н.И. | м | 55 л | ОВ | В | В | У | ОВ | У |

Приложение 6. Рисунок 3. "Усредненные уровни ригидности у больных остеохондрозом позвоночника"



Уровень ригидности:

1 - низкий

2 – умеренный

3 - высокий

4 - очень высокий

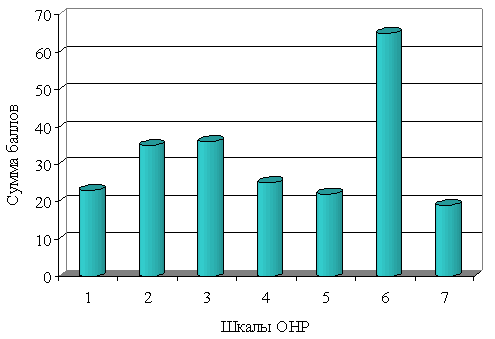
Приложение 7

Таблица 4. "Результаты методики "Опросник невротических расстройств" у больных остеохондрозом"

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО | Пол | Возраст | Шкалы | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Шейный остеохондроз | | | | | | | | | | |
| 1 | Г.О.В. | м | 45 л | 10 | 39 | 61 | 23 | 26 | 69 | 13 |
| 2 | Ц.Д.Н. | м | 35 л | 15 | 38 | 55 | 10 | 38 | 53 | 18 |
| 3 | И.С.В. | м | 44 г | -1 | 25 | 22 | 4 | 39 | 37 | 31 |
| 4 | П.К.С. | ж | 20 л | 12 | 23 | 27 | 16 | 25 | 43 | 3 |
| 5 | Г.С.А. | м | 43 г | 27 | 27 | 38 | 24 | 30 | 68 | 33 |
| 6 | А.С.Ю. | м | 48 л | 12 | 32 | 33 | 24 | 17 | 71 | 13 |
| 7 | Б.Ю.С. | ж | 28 л | 8 | 37 | 29 | 11 | 15 | 49 | 6 |
| 8 | М.А.И. | ж | 21 г | 36 | 23 | 48 | 26 | -4 | 61 | 19 |
| 9 | Б.А.М. | ж | 21 г | 28 | 36 | 25 | 13 | -3 | 52 | 6 |
| 10 | Г.К.В. | ж | 24 г | 38 | 37 | 6 | 54 | 38 | 56 | 22 |
| 11 | Б.Л.А. | ж | 40 л | 14 | 35 | 38 | 20 | 18 | 69 | 16 |
| 12 | Б.Д.П. | м | 25 л | 10 | 23 | 33 | 13 | 26 | 56 | 9 |
| 13 | Р.О.В. | ж | 44 г | 12 | 32 | 25 | 16 | 15 | 61 | 13 |
| 14 | Л.П.А. | м | 43 г | 17 | 28 | 30 | 21 | 32 | 63 | 11 |
| Пояснично-крестцовый остеохондроз | | | | | | | | | | |
| 15 | В.П.В. | м | 48 л | 43 | 52 | 17 | 41 | 52 | 68 | 33 |
| 16 | Б.Н.И. | м | 42 г | 56 | 54 | 45 | 33 | 33 | 82 | 33 |
| 17 | Г.В.В. | м | 48 л | 12 | 22 | 32 | 16 | 15 | 72 | 5 |
| 18 | С.Д.О. | м | 25 л | 11 | 29 | 32 | 21 | 10 | 72 | 18 |
| 19 | В.Е.А. | м | 57 л | 29 | 22 | 52 | 26 | 39 | 43 | 33 |
| 20 | Т.В.В. | м | 48 л | 19 | 26 | 40 | 38 | 31 | 65 | 33 |
| 21 | Ч.В.В. | м | 28 л | 16 | 37 | 19 | 7 | 23 | 52 | 19 |
| 22 | К.Л.Я. | ж | 48 л | 19 | 13 | 32 | 37 | 1 | 53 | 2 |
| 23 | Х.Л.А. | ж | 48 л | 25 | 48 | 35 | 23 | 30 | 50 | 19 |
| 24 | А.В.И. | м | 52 г | 24 | 31 | 30 | 18 | 26 | 71 | 28 |
| 25 | М.Н.Ш | ж | 24 г | 24 | 65 | 29 | 26 | 6 | 61 | 18 |
| 26 | С.Н.В. | ж | 47 л | 32 | 32 | 45 | 40 | 15 | 74 | 11 |
| 27 | Е.Н.Н. | ж | 42 г | 29 | 48 | 50 | 40 | 14 | 74 | 13 |
| 28 | К.М.В. | ж | 42 г | 28 | 42 | 27 | 27 | 20 | 59 | 28 |
| 29 | Л.И.А. | м | 47 л | 24 | 44 | 37 | 28 | 22 | 69 | 27 |
| 30 | Е.Е.В. | ж | 38 л | 12 | 71 | 25 | 8 | 15 | 79 | 21 |
| Распространенный остеохондроз | | | | | | | | | | |
| 31 | К.В.В. | м | 66 л | 33 | 20 | 61 | 56 | 1 | 62 | 24 |
| 32 | Ф.Г.А. | ж | 67 л | 43 | 9 | 60 | 43 | 49 | 88 | -1 |
| 33 | Б.Е.А. | ж | 51 г | 32 | 26 | 38 | 26 | 20 | 59 | 0 |
| 34 | Т.Т.Г. | ж | 52 г | 29 | 16 | 50 | 7 | -12 | 87 | -9 |
| 35 | Б.М.М. | ж | 42 г | 21 | 24 | 37 | 34 | 2 | 66 | 16 |
| 36 | В.А.И. | ж | 48 л | 50 | 7 | 32 | 54 | 28 | 58 | 53 |
| 37 | Г.А.В. | м | 39 л | 19 | 26 | 22 | 44 | 28 | 65 | 18 |
| 38 | К.Т.В. | ж | 52 г | 11 | 7 | 40 | 7 | 12 | 52 | 22 |
| 39 | К.В.И. | м | 51 г | 18 | 11 | 60 | 24 | 22 | 45 | 21 |
| 40 | М.Е.А. | ж | 30 л | 35 | 28 | 25 | 34 | 15 | 72 | 33 |
| 41 | К.В.С. | ж | 65 л | 27 | 38 | 43 | 24 | 31 | 69 | 22 |
| 42 | Ю.В.И. | ж | 48 л | 20 | 48 | 40 | 7 | 38 | 71 | 25 |
| 43 | С.Л.А. | ж | 50 л | 5 | 61 | 32 | 11 | 4 | 62 | 11 |
| 44 | А.Н.А. | ж | 46 л | 47 | 26 | 22 | 47 | 22 | 82 | 47 |
| 45 | С.Н.И. | м | 55 л | 40 | 54 | 35 | 29 | 42 | 79 | 20 |

Приложение 8

Рисунок 4. "Средние значения по методике ОНР больных остеохондрозом позвоночника".



Шкалы ОНР:

1 – "неуверенность в себе"

2 – "познавательная и социальная пассивность"

3 – "невротический сверхконтроль поведения"

4 – "аффективная неустойчивость"

5 – "интровертированная направленность личности"

6 – "ипохондричность"

7 – "социальная неадаптивность"

Приложение 9

Таблица 5. "Результаты методики межполушарная динамическая омегаметрия у больных остеохондрозом"

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО | пол | возраст | Фоновые значения (мВ) | | | Значения омега-потенциала во время нагрузки (мВ) | | 30с после нагрузки (мВ) | |
| Левое п/ш | Правое п/ш | ∆ | Левое п/ш | Правое п/ш | Левое п/ш | Правое п/ш |
| Шейный остеохондроз | | | | | | | | | | |
| 1 | Б.Л.А. | ж | 40 л | +34 | +31 | 3 | +1 | 0 | +19 | +17 |
| 2 | Б.Д.П. | м | 25 л | +24 | +20 | 4 | +19 | +13 | +23 | +17 |
| 3 | Р.О.В. | ж | 44 г | +20 | +24 | 4 | +21 | +20 | +23 | +20 |
| 4 | И.С.В. | м | 45 л | +29 | +23 | 6 | 0 | -2 | +25 | +21 |
| 5 | П.К.С. | ж | 21 г | +17 | +25 | 8 | -1 | +6 | +19 | +21 |
| 6 | Л.П.А. | м | 43 г | +47 | +30 | 17 | +54 | +35 | +46 | +32 |
| Пояснично-крестцовый остеохондроз | | | | | | | | | | |
| 7 | М.Н.Ш. | ж | 24 г | +34 | +47 | 13 | +40 | +53 | +37 | +48 |
| 8 | Е.Н.Н. | ж | 42 г | +26 | +28 | 2 | +6 | +8 | +19 | +19 |
| 9 | К.М.В. | ж | 42 г | +35 | +29 | 6 | +14 | +10 | +30 | +28 |
| 10 | Л.И.А. | м | 47 л | +31 | +40 | 9 | +4 | +12 | +28 | +34 |
| 11 | Е.Е.В. | ж | 38 л | +26 | +25 | 1 | +4 | 0 | +24 | +24 |
| Распространенный остеохондроз | | | | | | | | | | |
| 12 | К.В.С. | ж | 65 л | +34 | +32 | 2 | +40 | +39 | +40 | +40 |
| 13 | Ю.В.И. | ж | 48 л | +27 | +26 | 1 | +20 | +20 | +27 | +27 |
| 14 | С.Л.А. | ж | 50 л | +32 | +30 | 2 | +17 | +17 | +33 | +32 |
| 15 | А.Н.А. | ж | 46 л | +32 | +25 | 7 | +6 | -5 | +29 | +23 |
| 16 | Ф.Г.А. | ж | 68 л | +40 | +46 | 6 | +3 | +16 | +39 | +52 |
| 17 | К.Т.В. | ж | 52 г | +40 | +42 | 2 | +36 | +35 | +45 | +43 |