

# Использование когнитивно-поведенческой терапии в мультимодальном подходе к лечебно-реабилитационным мероприятиям у пациентов с хронической неспецифической вертеброгенной болью.

Тилова Алила Борисовна

**Аннотация:** В настоящей работе исследованы психологические особенности пациентов, страдающих хронической неспецифической болью в спине и вопрос необходимости применения когнитивно-поведенческой психотерапии в лечении хронического болевого синдрома.

**Ключевые слова:** неспецифическая боль в спине, болевое поведение, психология, медицинская психология, когнитивно-поведенческая психотерапия, депрессия.

## **Введение**

Неспецифическая боль в спине, обусловленная функциональным или органическим (дегенеративно-дистрофическим) поражением межпозвонковых дисков, позвонков, артикулярных и периартикулярных тканей, мышечного и связочного аппаратов позвоночного столба, исключительно широко распространена в популяции. Масштабные эпидемиологические исследования показывают, что: боли в спине занимают первое или второе место по распространенности среди других болевых синдромов; хронические продолжительные боли составляют в структуре поясничных болей не менее 25%; серьезные эпизоды с выраженными болями отмечаются в 15-37% случаев (Raspe, 1993). По другим данным, острые вертеброгенные боли той или иной интенсивности отмечаются у 80-100% населения, а у 20% взрослых наблюдаются периодические, рецидивирующие вертеброгенные боли длительностью 3 дня и более (В.В. Алексеев, 2002, 2004). Эпизоды боли в спине носят относительно доброкачественный характер и разрешаются в среднем в течение 1-3 месяцев. Однако, по данным разных авторов, приблизительно у 15-75% пациентов боли и нарушение трудоспособности персистируют в течение года после первого острого эпизода (О.В. Воробьева, 2005; P.R. Croft et al., 1998; J.H. Atkinson, 2004). Ряд авторов также отмечают, что у 80% взрослого населения боли в спине проходят под воздействием лечения в течение 1 месяца, а у 4% из оставшихся боли принимают хронический характер и с трудом поддаются лечению (Т.Г. Вознесенская, 1999; Е.Г. Батанова с соавт., 2002). Анализ особенностей проведения лечебно-реабилитационных мероприятий при дегенеративно-дистрофическом поражении позвоночного столба показал, что многообразие имеющихся при данном процессе пато- и саногенетических механизмов объективно обуславливает многообразие средств и методов лечения и реабилитации, которые должны применяться строго дифференцированно в зависимости от патоморфологических субстратов и неврологических проявлений с их конкретными механизмами, а так же от стадии и этапа реабилитации. Целевое направление лечебно-реабилитационных мероприятий по отношению к больному прямо зависит от характера течения патологического процесса и его длительности — акцентуации внимания на болезни (патоморфологических субстратах острых проявлений) или на самом больном (совокупность социосоматопсихических нарушений индивидуума). То есть, для формирования качественных реабилитационных мероприятий необходимо подходить к терапии боли с точки зрения биопсихосоциального подхода, который характеризует боль как результат двустороннего динамического взаимодействия биологических (нейрофизиологических процессов кодирования и передачи ноцицептивных стимулов), психологических, социальных, религиозных и других

---

факторов. Итогом такого взаимодействия является индивидуальный характер болевого ощущения и форма реагирования пациента на боль. Длительно существующий болевой синдром ведет к нарушению привычного образа жизни, социального и психологического статусов пациента. Таким образом формируется болевое поведение, которое включает в себя действия, по которым можно понять, что у человека имеется боль, т.е. возникают симптомы психологических расстройств, одними из которых являются признаки неадекватного болевого поведения. Для противостояния стрессу с целью разрешить сложившуюся ситуацию или для избегания сложившейся ситуации пациенты используют различные стратегии для преодоления боли (M.P. Jensen et al., 1994). По мнению M.P. Jensen et al. (1991), копинг-стратегии преодоления боли играют важную роль в генезе хронической боли: выраженность пассивных стратегий преодоления боли коррелирует с интенсивностью боли и степенью аффективного дистресса. Причем особое значение принадлежит понятию «внутренний локус контроля»: если пациент уверен в собственной возможности управления своим физическим состоянием, он вырабатывает активные стратегии преодоления боли и менее подвержен депрессии (P.E. Sifneos, 1996).

**Цель.** Изучение необходимости и направленности проведения психокоррекционных мероприятий пациентам с хронической неспецифической болью в спине.

### ***Эмпирическое исследование.***

**База исследования.** Исследование проводилось в ГБУ РО «Лечебно-реабилитационный центр № 1» среди пациентов отделения мануальной терапии. В период с августа по октябрь 2019 года.

**Контингент испытуемых.** 100 человек (50 мужчин и 50 женщин) в возрасте от 25 до 60 лет, страдающих хронической (более трех месяцев) неспецифической болью в спине

**Методы и методики исследования:** Для исследования были применены следующие методики: копинг-тест Лазаруса, шкала депрессии Бека, опросник Амирхана

### ***Методы коррекции***

D. Turk (1991) подчеркнул важную роль проведения индивидуальной работы с такими пациентами в рамках когнитивно-поведенческой терапии. Согласно когнитивно-поведенческой теории, депрессия у пациентов с хронической болью является результатом неправильной интерпретации пациентом значения боли при невозможности на нее повлиять (A. Beck, 1969). Когнитивно-поведенческая терапия позволяет изменить ключевые аспекты «оперантной» модели пациента, его представление о боли, а так же о влиянии боли на социальные, особенно семейные взаимоотношения.

### ***Результаты и их обсуждение***

В результате проводимого тестирования у 100% пациентов выявлена психопатологическая симптоматика невротического уровня с наличием тревожно-депрессивного синдрома в структуре которого преобладает депрессивно-аффективная симптоматика. У 100% пациентов, страдающих хроническим болевым синдромом, имеется тревожное расстройство в средней или слабой степени выраженности, эти данные касаются как личностной, так и ситуативной тревожности. По Шкале депрессии Бека у 72 % пациентов выявлены признаки легкой депрессии, у 16% признаки умеренной депрессии, у 12% пациентов признаков депрессии не выявлено. Все пациенты используют различные копинг стратегии для преодоления боли к активным стратегиям относятся применение специальных упражнений, сохранение двигательной активности, игнорирование боли, сохраняют оптимизм и взаимодействуют с окружающими, пассивные стратегии отражают подчинение боли — ограничение, прием анальгетиков, уход от проблемы или положительная переоценка. Так у 72% пациентов были выявлены пассивные копинг стратегии, у 16% копинг выражался в поиске социальной поддержки, и только у 12% опрошенных активные копинг стратегии. согласно

---

опроснику Амерхана. А так как, использование копинг-стратегии напрямую коррелирует с интенсивностью и выраженностью болевого синдрома (P.E. Sifneos, 1996), то пассивные копинг-стратегии напрямую связаны с более длительным и интенсивным болевым синдромом и слабо поддаются любой терапии.

### ***Выводы***

В основе терапии хронической боли должна лежать когнитивная психотерапия, которая позволяет трансформировать пассивные копинг-стратегии в активные, что приведет к повышению эффективности терапии хронической неспецифической боли в спине.

С учетом прогрессирующего дегенеративно-дистрофического процесса в позвоночнике с возможностью его периодической дезадаптации и появлением вертебро-неврологической симптоматики уже использованные ранее пациентом с успехом активные копинг стратегии будут способствовать проведению более эффективной терапии.

### ***Литература***

1. Алексеев В.В. Дифференциальная диагностика и лечение болей в пояснице. Рус мед журн 2002; 12-13: 533-538.
2. Алексеев В.В. Неврологические аспекты лечения острых скелетно-мышечных болевых синдромов. Рус мед журн 2004; 5: 266-269.
3. Батанова Е.Г., Вознесенская Т.Г., Посохов С.И., Вейн А.М. Целебрекс в лечении острой и хронической боли в спине (клинико-психологическое исследование). Леч нерв бол 2002; 1: 33-36.
4. Вейн А.М., Воробьева О.В. Неврологические маски депрессии (эффективность тианептина). Журн неврол и психиат 2000; 6: 21-23.
5. Crombie I.K., Croft P.R., Linton S.J. et al. Epidemiology of pain. Seattle: IASP Press; 1999.
6. Raspe H. Back pain. In: Silman A.J., Hochberg M.C. (eds.) Epidemiology of the rheumatic diseases. Oxford: Oxford University Press; 1993; 231.