***На правах рукописи***

**РГЗ од**

**2 7 0ED 2002**

Харченко Светлана Александровна

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ И ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

14.00.39 - ревматология

Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Волгоград 2002

Работа выполнена в государственном учреждении Научно-исследовательский Институт клинической и экспериментальной ревматологии РАМН

Научный руководитель:

академик РАМН, д.м.н., профессор ЗБОРОВСКИЙ А.Б.

Научный консультант: Официальные оппоненты:

к.м.н. ГРЕХОВ РА

д.м.н., профессор КОРШУНОВ Н.И. д.м.н., профессор НЕМЦОВ Б.Ф.

Ведущее учреждение:

Российский государственный медицинский университет

Защита состоится « ***7***г. в ***^\*7°*** часов на заседании специализирован­ного Совета Д.208.008.02. при Волгоградской медицинской академии по адресу: 400066, г. Волгоград, пл. Павших Борцов, 1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Волгоградской медицинской акаде­мии.

Автореферат разослан 2002 г.

Ученый секретарь

Специализированного Совета, д.м.н., профессор БАБАЕВА А.Р.

**з**

***АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ***

Хотя системная красная волчанка (СКВ) не относится к широко распространенным рев­матическим заболеваниям, значимость ее совершенно очевіедча в связи с неуклонно про­грессирующим характером течения и выраженными социально-экономическими последст­виями (Зборовский А.Б., 1998). Неопределенность в отношении причины возникновения, тяжесть заболевания, быстрое снижение функциональных способностей, необходимость по­стоянного приема лекарственных препаратов приводит больных СКВ к потере способности осуществлять важные для пациента виды деятельности и профессиональной независимо­сти, снижению качества жизни. При этом личность больного изменяется как вследствие прямого воздействия болезни (поражение центральной нервной системы), так и в результа­те психологического переживания больным своего состояния, что находит отражение в сни­жении самооценки и уверенности в себе, неудовлетворенности своим образом жизни, раз­витии беспокойства, враждебности, тевз и депрессии. Именно личностный аспект реакции на болезнь лежит в основе формирования специфической внутренней картины болезни (ВКБ), которая может значительно трансформировать клиническую картину заболевания и существенно влиять на эффективность терапевтических мероприятий. Вышеизложенное приводит к необходимости глубокого изучения личности больного СКВ с позиции медицин­ской психологии.

Необходимо отметить, что в последнее время значительно возрос интерес к психосома­тической медицине, что можно рассматривать как реакцию на продолжающуюся узкую спе­циализацию современного здравоохранения, деперсонализирующего отношения врача и пациента вследствие нарастающей технизации диагностики и терапии (Любан-Плоцца Б. и соавт., 1994). Психосоматика как направление, стремящееся углублять познания о связях сомы и психики, представляет собой одну из сторон «интегральной медицины», которая рассматривает хроническое заболевание в многомерной перспективе, предполагая, что его возникновение, течение и исход вызваны взаимодействием биологических, психологических и социальных факторов.

На сегодняшний день существует множество работ, посвященных исследованию психо­соматических соотношений при ряде заболеваний внутренних органов, но исследования этой проблематики в ревматологии в основном ограничиваются «классическим» психосома­тическим заболеванием - ревматоидным артритом (Коршунов Н.И. и соавт., 1991, 1996; Са­вельева М.И., 1995; Kirmayer L.J. et al., 1996; Крыжановская Н.С., 2000), в связи с чем изуче­ние психосоматических соотношений при СКВ является одной из актуальных проблем. Перспектива дальнейших исследований в этом направлении связана в первую очередь с изучением личностных особенностей и типов реагирования пациентов на болезнь, форм психологической защиты и компенсации.

***ЦЕЛЬ РАБОТЫ:*** уточнить роль психологических характеристик личности больных, типо и напряженности механизмов психологической защиты в формировании внутренней картині болезни при СКВ в соотношении с клиническими характеристиками заболевания и их вли; ние на особенности течения лечебно-реабилитационного процесса.

***ЗАДАЧИ РАБОТЫ***

1. Провести сравнительное изучение особенностей клинико-психологического статус больных СКВ.
2. Определить преобладающие типы отношения к болезни у пациентов с СКВ и их связей клинико-психологическим статусом.
3. Изучить уровень субъективного контроля у больных СКВ, как одного из элементов внуї ренней картины болезни, при ее различных клинических вариантах.
4. Исследовать механизмы психологической защиты у пациентов с СКВ и их взаимосвязи различными клиническими, психологическими и социальными особенностями больных.
5. Провести комплексную оценку существенных взаимосвязей и взаимозависимостей из) ченных психологических характеристик личности больных СКВ с клиническими парамеї рами заболевания.
6. По итогам клинических и экспериментально-психологических исследований уточнит концептуальные основы и значение внутренней картины болезни при СКВ (в связи с ***зі*** дачами дифференцированного лечения, психологической коррекции, психотерапии профилактики).

***НА УЧНАЯ НОВИЗНА РАБОТЫ***

Впервые была предпринята попытка клинико-экспериментально-психологического изучс ния взаимосвязи внутренней картины болезни (представленной ее важнейшим компонентої - отношением к болезни) и механизмов психологической защиты у пациентов с СКВ.

Установлено, что внутренняя картина болезни как комплексное психологическое образе вание содержит существенные изменения в эмоциональной, поведенческой и когнитивно сферах отношений личности больных СКВ.

В целом определенные типы реагирования на заболевание у пациентов с СКВ сопряжені с отдельными напряженно «работающими» механизмами психологической защиты.

Исследованы корреляционные плеяды кпинико-экспериментально-психологических хг рактеристик, объясняющие некоторые особенности формирования внутренней картины бс лезни и стилей личностного реагирования на нее у больных СКВ.

***ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РАБОТЫ***

Проведенное исследование позволило выделить системные психологические особенно­сти личности больных СКВ и факторы, влияющие на развитие и течение системной красной волчанки.

Установлены элементы предрасположенности (активность патологического процесса, длительность заболевания и возраст пациентов) к развитию субкпинических проявлений невротизации, что является весьма важным в связи с необходимостью их ранней диагности­ки.

Впервые выявлены соотношения типов реагирования на СКВ во внутренней структуре отношения к болезни, спектр напряженности механизмов психологической защиты и на­правленность локуса контроля в основных сферах отношения личности и клинических ха­рактеристик. В связи с этим определились некоторые переменные, значимые для целей психодиагностики и психотерапии, знание которых необходимо для ревматологов в целях повышения эффективности проводимой терапии и лечебно-реабилитационных мероприя­тий.

Проведенный многомерный анализ внутренней картины болезни делает необходимым проведение психодиагностики в традиционной клинике как метода, существенно дополняю­щего и объективизирующего клиническую картину, уточняющего «мишени» и тактику психо­терапевтического воздействия. Полученные результаты могут быть применены а системе мероприятий по медицинской и социально-психологической коррекции личности больных СКВ.

***ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ***

1. Внутренняя картина болезни у больных СКВ представляет собой сложный комплекс психофизиологических и психологических образований, отражающий существенные изменения в эмоциональной, поведенческой и когнитивной сферах отношений их лич­ности.
2. При формировании индивидуальных лечебно-реабилитационных программ больным с СКВ целесообразно учитывать психологическое состояние пациента, особенности сформировавшейся у него внутренней картины болезни и механизмы психологической защиты.
3. Предложена модель психосоматических соотношений, интегрирующая отдельные свойства личности больных СКВ, особенности их личностно-средового взаимодействия и защитно-приспособительных механизмов.

***ПУБЛИКАЦИИ***

По теме диссертации опубликовано 16 печатных работ.

***СТРУКТУРА И ОБЪЕМ ДИССЕРТАЦИИ***

Диссертация состоит из введения, в котором обосновывается актуальность исследова ния; первой части - обзора литературы, представленного тремя главами, освещающими психосоматический подход в медицине в целом и проблемы психосоматических соотноше ний при системной красной волчанке в частности; части второй - собственных исследова ний, состоящей из 8 глав, в которых отражены материалы и методы исследования, резуль тэты клинико-психологических исследований внутренней картины болезни и ес характеристики, невротических расстройств, структуры и напряженности психологически: защит, взаимосвязи между изучаемыми признаками, обсуэедение полученных результатов выводы и практические рекомендации.

Текст изложен на 171 страницах, иллюстрирован 31 таблицей и 4 рисунками, приведено: выписки из историй болезни. Библиографический указатель содержит 229 источника (из ни: 90 - зарубежных)

***СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ***

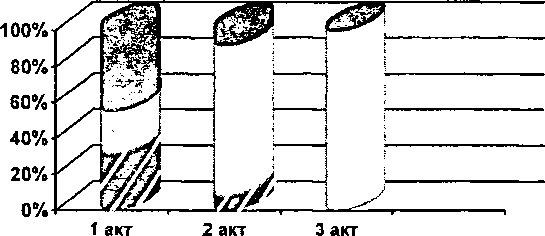
***МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ***

Материалами исследования послужили данные клинико-анамнестического, инструмен тального и экспериментально-психологического исследования 87 пациентов с системної красной волчанкой, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделе нии ММУ КБСМП № 25. Контрольную группу составили 32 больных ИБС, стенокардией на пряжения 2-3 функционального класса (группа №1) и 25 больных острым вирусным гепати том «В» (фуппа №2).

Диагноз СКВ ставился после тщательного клинико-лабораторного обследования больны в соответствии с критериями Американской Ревматологической Ассоциации пересмотр 1982 года и рабочей классификацией клинических вариантов течения СКВ (Насонова В.А 1972-1986).

Среди обследованных больных подавляющее большинство составили женщины (82,8% Возраст больных колебался от 16 до 70 лет, средний возраст составил 35,33±1,77 года.

Продолжительность заболевания менее 1 года была выявлена у 21 больного (24,2%), с 1 года до 5 лет - у 29 (33,3%), от 5 до 10 лет - у 17 (19,5%) и свыше 10 лет - у 2 (23%).Распределение больных по степени активности патологического процесса и характер течения заболевания представлено на рисунке 1.



Нхроничекое Оподострое □ острое

Рисунок 1

Распределение больных по характеру течения и активности СКВ

По социальному статусу обследованные пациенты распределились следующим об­разом: 48% - служащие, 34% - рабочие, 18% - учащиеся. Только 44,9% обследованных лиц состояло в браке. Уровень образования был достаточно высоким: 25,6% больных имели высшее, а 74,4% - среднее образование.

При проведении экспериментально-психологического исследования использовались следующие методики:

* для оценки клинико-психологических особенностей больных СКВ применялась методика формализованной оценки невротических проявлений (Дмитриева Л.Л., 1990);
* в качестве основной экспериментально-психологической методики для изучения отно­шения к болезни была использована методика «Тип отношения к болезни» - «ТОБОЛ» (Вассерман Л. И. с соавт., 1987);
* для изучения локуса контроля был выбран опросник уровня субъективного контроля - УСК (Бажин Е.Ф. с соавт., 1984);
* для изучения типов психологических защит использовался опросник «Индекс Жизненно­го Стиля» (Клубова Є.Б., 1995), основанный на психоэволюционной теории эмоций Ро­берта Плутчика и структурной теории личности Генри Келлермана (R.PIutchik,

1. Kellerman et al., 1979).

Математико-статистический анализ данных клинико-экспериментально-психологических исследований осуществлялся с использованием пакетов «STATISTIC 5.0 для Windows».

***РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ***

В результате проведенных исследований было установлено, что развитие СКВ сопрово­ждается формированием невротических расстройств, которые представлены в большей степени астенией (5,64 балла) и тревогой (5,57 баллов), и в меньшей степени, депрессией (4,47±0,21) и ипохондрией (4,73±0,21). Основными клиническими проявлениями при этомявляются повышенная утомляемость, возбудимость, эмоциональная неустойчивость и тре вога.

Наряду с этим, были выявлены факторы, предрасполагающие к развитию невротически: расстройств при СКВ. Во-первых, это активность самого заболевания. Проведенный корре ляционный анализ показал наличие прямой слабо-умеренной связи между данной характе ристикой и выраженностью астении (г=0,34 при р=0,005), депрессии (г=0,32 при р=0,014) і тревоги (г=0,3 при р=0,046). Причем, наиболее высокие показатели по шкале астении отме чались у больных со II степенью активности патологического процесса (6,56 балла), а прь третьей степени активности на первый план выступают депрессия и тревога (6,97 и 7,4' баллов, при р<0,05). Во-вторых, длительность заболевания, которая прямо коррелирует сс всеми шкалами теста УНП. И, наконец, возраст больных, имеющий аналогичную связь, тс есть, чем больше длительность заболевания и старше больной, тем более выражены у не го невротические расстройства.

Объяснить это можно тем, что с возрастом люди как бы теряют осознание своей полезно сти, последствием чего является склонность считать свои личные и социальные проблемь неразрешимыми. Подобная пессимистическая оценка связана с ощущением усталости упадка сил, отсутствия эмоций. Сравнительное исследование уровня невротизации у боль ных СКВ и контрольных групп выявило, что для больных ИБС характерны более высокие по казатели по шкалам тревоги и ипохондрии, а для пациентов с ВГ - по шкале тревоги.

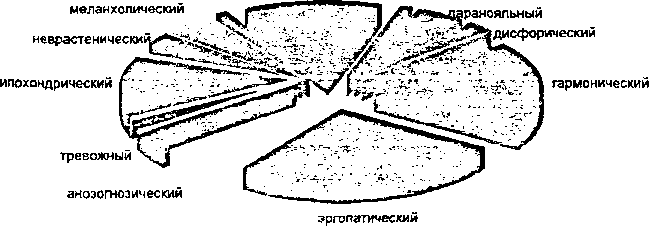
Изучение внутренней картины болезни связано с необходимостью исследования не толь ко целостного представления ее структуры, но и более детального описания ее в отдельны) областях отношений личности. По итогам обследования по методике «ТОБОЛ» была сфор мирована содержательная модель отношений к болезни как специфического компонента внутренней картины заболевания пациентов с СКВ. Ее структура представлена преоблада нием чистых типов - у 66 человек (75,9% численности всей группы), причем адаптивные ти пы отношения к болезни составляют 53,7% численности выборки. В частности, эргопатиче ский и гармонический типы установлены в равном количестве случаев - у 21 больногс каждый (по 24,1%), анозогнозический - у 5 (5,7%). Смешанные типы отношения к болезни ус­тановлены у 11 больных (12,6% численности обследованной группы). Их структура у всех 11 пациентов представлена преобладанием сенситивного (у 8 пациентов - 9,2%) и эргопатиче­ского (у 5 человек - 5,7% случаев) радикалов, из которых у двух пациентов диагностировал­ся эргопатически-сенситивный тип. Число больных с диффузным типом отношения к болез­ни (комбинацией 3 и более типов) составляет 10 человек (11,5% всей численности группы) Так, ипохондрический радикал в типе отношения к заболеванию встречается у 8 больны> (9,2%), меланхолический и паранояльный - у 5 (5,75%) каздый, у каждого третьего - сенситивный, неврастенический и дисфорический. Следует отметить, что составляющие смешанного и диффузного типов отношения к болезни имеют противоречивый характер, сочетающиеся типы реагирования относятся к разным блокам. Последнее может свидетельствовать о противоречивом характере и самой структуры отношений личности, связанных с болезнью.

Итак, на долю больных с эргопатическим типом (в качестве чистого и в составе смешанных) приходится 31% численности выборки, на долю больных с гармоническим типом - 24%, с анозогнозическим типом - 5,5%, с сенситивным - 16,1% (14 человек); ипохондрическим типом реагирования - 17,3% (15 пациентов). Другие типы и комбинации представлены еще меньшим числом случаев (рисунок 2).

Рисунок 2

Типы отношения к болезни у больных СКВ

- сенситивный эгоцентрический



Для уточнения структуры внутренней картины болезни проведен анализ распределения результатов обследования по темам опросника «ТОБОЛ». По данным фрагмента эмоцио- нально-аффективного компонента модели внутренней картины болезни (темы «Самочувст­вие», «Настроение», «Сон», «Аппетит») наблюдается диффузный тип реагирования, вклю­чающий анозогнозический, сенситивный, неврастенический и эргопатический компоненты. Обращает на себя внимание высокий удельный вес сенситивного компонента. Отметим так­же, что «Настроение» больных СКВ в значительной степени связано с невротическими тре­вожно-сенситивными и ипохондрически-неврастеническими реакциями.

Одно из центральных мест в структуре модели общей системы отношений болеющего человека занимает отношение к различным аспектам, связанным с самим заболеванием. В 70,3% случаев больные СКВ выбирали утверждения, характерные для эргопатического типа реагирования на болезнь в теме «Отношения к болезни», в остальных случаях (35,2%) пре­обладали дезадаптивные формы реагирования интрапсихической направленности (невра­стенический и меланхолический). По выбранным утверждениям темы «Отношение к лече­нию» преобладают тревожно-ипохондрические и сенситивные акценты. Анализ распределения диагностических коэффициентов по теме «Отношение к медперсоналу» свидетельствует о диффузном сенситивно-эгоцентрически-ипохондрическом варианте реа­гирования (более 70% выборов). Необходимо отметить, что 27,8% обследованных не смогли определить свое отношение к лечению. В связи с этим можно предположить, что отношение к лечению у больных СКВ представляет одну из важнейших личностных проблем.

Личностное реагирование в ситуации болезни связано с уровнем адаптации в макро- и микросоциуме и определяется отношением к работе и окружающим (темы №№ 8, 9 и 10). Выбор утверждений темы «Отношение к родным и близким» в 50% случаев отражает эрго­патический характер взаимодействия с близкими. В 62% отмеченные пациентами утвержде­ния темы «Отношения к работе» свидетельствуют об эргопатическом отношении к этой сфере. Лишь в сфере отношения к окружающим ведущими являются сенситивный и анозог- нозический типы реагирования. Выстраиваемая на основе этого структура отношений с ок­ружающими направлена либо на отрицание болезни в непосредственном поведении, либо связана с озабоченностью о возможном неблагоприятном впечатлении, производимом больным на окружающих. Таким образом, в этом блоке отношений прослеживается компен­саторно-приспособительное поведение.

В сфере отношения к одиночеству наиболее предпочитаемыми типами у больных СКВ являются эргопатический (20,4% выборки) и анозогнозический (14,8% выборки). Адаптивный характер выявленных типов свидетельствует, вероятнее всего, о том, что ситуации одино­чества не рассматриваются больными СКВ как проблемные, либо в подобных ситуациях у них существуют стойкие фиксированные поведенческие стереотипы. Анализ распределения диагностических коэффициентов свидетельствует, что во внутренней картине болезни в от­ношении будущего представлены дезадаптивные типы реагирования с противоречивым ха­рактером соотношений между составляющими - тревожно-неврастенический (35,2% выбор­ки) и сенситивный типы (27,7% выборки). Можно предположить, что больные СКЕ отказываются от борьбы - «капитулируют» перед заболеванием, тревожась за свое буду­щее.

Таким образом, выявленный эргопатический радикал в структуре интегрированного типг отношения к болезни зависит от направленности личностного реагирования в сферах само чувствия, сон, отношения к заболеванию, отношения к родным и близким, к работе, к окру жающим и одиночеству. Отметим высокую долю участия ипохондрического и сенситивногс компонентов в общей структуре отношения к заболеванию и их участия в личностном реаги ровании в сферах самочувствия, сон, отношение к лечению, к медперсоналу, к будущему.

Преобладание эргопатического, ипохондрического и сенситивного типов отношения к бо лезни может отражать ведущую роль именно этого блока отношений как структурообразую щего комплекса всей внутренней картины болезни. В группе больных ИБС в структуре типої отношения к болезни преобладают интрапсихически ориентированные - ипохондрический неврастенический и тревожный. У пациентов с ВГ доминировали ипохондрический, тревож ный и в меньшей степени, эргопатический типы отношения к болезни.

Кроме того, интерес представляет анализ взаимосвязей структуры внутренней картині болезни и уровня невротизации у больных СКВ. Было выявлено, что высокий уровень астє

нии наблюдается у лиц с ипохондрическим типом отношения к заболеванию (Кс=0,27 при р<0,05), депрессия, у обследованных больных, ассоциируется с сенситивным типом отно­шения к болезни (Кс=0,38 при р<0,05). Высокий уровень тревоги сопряжен с сенситивным и, в меньшей степени, эргопатическим типом личностного реагирования (Кс=0,35 и Кс=0,34, соответственно, при р<0,05), высокий уровень ипохондрии ассоциирован только с ипохонд­рическим типом отношения к болезни (Кс=0,45 при р<0,05).

Итак, установленные высокие показатели по шкалам невротизации и характерные типы личностного реагирования на болезнь (более адаптивный - эргопатический и дезадаптив- ные с интер- и интрапсихической направленностью - сенситивный и ипохондрический) у па­циентов с СКВ отражают существенные изменения эмоциональной и поведенческой сферы отношений личности больных СКВ.

Одной из важнейших клинических и социально-психологических характеристик личности является степень активности человека в достижении своих целей, мера независимости и самостоятельности его поведения, уровень развития чувства личной ответственности за происходящие с ним события - уровень субъективного контроля над разнообразными жиз­ненными ситуациями. Эта обобщенная характеристика системы отношений оказывает регу­лирующее влияние на многие аспекты поведения и способна трансформировать отдельные звенья механизмов восприятия и переработки проблемных жизненных ситуаций.

Показатели уровня субъективного контроля у пациентов с СКВ, а также а контрольных группах представлены в таблице.

Таблица

Сравнительные показатели локуса контроля в группах больных СКВ, ИБС и ВГ.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Больные  СКВ  (N=87) | Больные  ИБС  (N=32) | Больные  ВГ  (N=25) | Муж.  СКВ : (N=15) | Жен.  СКВ  (N=72) | 1 акт.  СКВ , (N=29) | II акт.  СКВ  (N=50) | ІП акт.  СКВ  (N=8) |
| Ио | 3,37+0,3  1 | *шш* | 3,63±0,3  8 | 3,14±0,2  9 | 3,43±0,3  6 | 4,15±0,2  8 | 3,43±0,3  2 | 1,51+0,  21 |
| Ид  і | 5,11±0,3  1 | 5,91±0,2 і 7 I | 4,42+0,4 | 5,23±0,4  5 | 5,12+0,3  5 | 6,23±0,4  1 | 5,17±0,3  3 | 4,13+0,  28 |
| Ин | 3,63+0,3  4 | 5:шбі4 | 3,57±0,4  3 | 3,04±0,2  8 | 3,76±0,2  3 | 4,37±0,1  9 | 3,62±0,2  9 | 2,2±0,1  9 |
| Ис | 5,37±0,3  4 | 6,02±0,4  4 |  | 5,12±0,3 !  3 I | 5,39±0,4  1 | 6,14±0,3 ! 2 | 5,23+0,4  5 | 5,14±0,  39 |
| ИП | 3,42+0,3  4 | : 4,d1±0;i.  " | **1ЩШ§** | | 2,63±0,2;  5 : ‘Н | 3,21±0,3  1 | 3,62±0(3  5 | 2,9±0,2  3 |
| Им | 4,84±0,2  5 | 6,13±0,5; | 5,31±0,4 3,65±0,3 ... . 3 I 4 | | ; 5,17±0,4  I 2 | 5,86±0,3  9 | 5,14±0,2  I 8 | 1 89±Q, • 24 |
| Из | 3,31+0,3  2 | 3,5 40,2 | | | 3,13±0,2  3 | 3,84±0,3  5 | 3,54+0,2  , 4 I | 1,28±0, 24 |
|  | і , р<0,05 ^ j> | | Р\*СО,ООЧ |  | | | | |

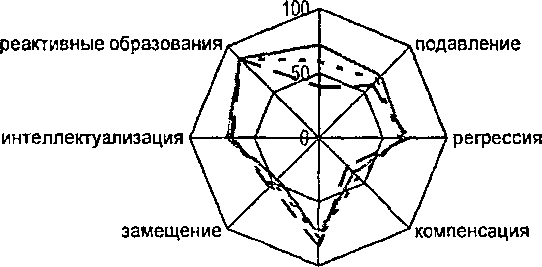
Больные СКВ обнаруживают выраженную тенденцию к экстернальности (снижение уров­ня субъективного контроля) в общей сфере, а также в сферах неудач (3,63±0,34), производ­ственных отношений (3,4210,21), межличностного взаимодействия и особенно в отношении к здоровью (3,31±0,32). Роль больного, усваиваемая в той или иной мере большинством па­циентов формирует чувство беспомощности, потребность в сочувствии и опеке окружающих, надежду на то, что облегчение состояния явится результатом воздействия внешних факто­ров (помощь врача), а то и счастливого случая. Эти изменения имеют немалое клиническое значение, утяжеляя клиническую симптоматику и препятствуя осуществлению терапевтиче­ских мероприятий. Выявленная деформация мотивационной сферы личности является важ­ным компонентом состояния «обученной беспомощности» (Seligman М.,1975), при которой ожидание неудачи в деятельности начинают приобретать для человека большую эмоцио­нальную значимость и личностный смысл, чем само достижение цели. Проведенное срав­нительное исследование локуса контроля в группах больных СКВ, ИБС и с вирусным гепати­том показало, что больные СКВ и ВГ отличаются более низким уровнем субъективного контроля, чем больные ИБС. Возможно, пациенты с ВГ также как и с СКВ испытывают чувст­во неопределенности, связанное с лечением данного заболевания, следствием чего являет­ся развитие состояния «обученной беспомощности». Кроме того, возникновение острого вирусного гепатита действительно можно отнести к делу «случая» и больные не считают себя ответственными за это. Напротив, больные ИБС способны контролировать симптомы своего заболевания путем самостоятельного приема назначенных медикаментов.

При попарном сравнении групп больных СКВ (мужчины и женщины; степень активности заболевания - I, II и III) удалось установить следующие достоверные различия между ха­рактеристиками локуса контроля: мужчины более интернапьны (повышение локуса контро­ля) (р<0,05) в производственной сфере, чем женщины. Кроме того, наблюдалось достовер­ное смещение локуса контроля в экстернальную сторону (понижение) в отношении здоровья при повышении степени активности заболевания. При анализе показателей интер- нальности в подгруппах больных СКВ с высоким уровнем невротизации отмечено, что по мере повышения уровня депрессии снижаются показатели по шкалам общей интернально- сти Ио (2,42±0,24 при р<0,05), интернальности в отношении достижений Ид (3,53+0,23 при р<0,05)и интернальности в области межличностных отношений Им (3,36±0,26 при р< 0,05). Также при высоком уровне тревоги наблюдаются более низкие показатели Им (3,87±0,27 при р<0,05). Вместе с тем, проведенный корреляционный анализ показателей депрессии, тревожности и локуса контроля показал, что между этими показателями существует умерен­ная обратная корреляционная связь. Это позволяет предположить, что в структуре и иерар­хии источников депрессии и тревоги одно из центральных мест занимает беспокойство по поводу достижений и межличностных отношений в связи с опосредованным фактом имею­щегося заболевания. В группе из 27 больных СКВ с эргопатическим типом реагирования на заболевание выявлено достоверное увеличение показателей по шкале интернальности в производственных отношениях Ип (4,38 при р<0,05). В связи с чем, можно предположить, ***по*** формирование эргопатического типа отношения к болезни связано в целом с более вы­сокими показателями Ип. Таким образом, интернальность в отношении работы может со- :тавлять основу одного из возможных механизмов личностного реагирования по типу «ухода з работу». В целях получения более адекватной картины возможных взаимосвязей в этой -руппе применялся расчет коэффициентов сопряженности пар альтернативных признаков [«эргопатический-неэргопатический», «интернальность-экстернальность»). Анализ данных соответствующих тетрапольных таблиц показал, что формирование эргопатического типа отношения ***к*** болезни сопряжено с повышенными значениями Ип (Кс=0,23) и сниженным Им (Кс=0,2). Отмечаемая экстернальная тенденция в сфере межличностных отношений может также инициировать стратегии «ухода в работу». Объяснением этому могут служить приве­денные Ю.М.Губачевым с соавт. (1990) данные о значительной распространенности у боль­ных конфликтов и кризисных отношений с ближайшим микросоциальным окружением («кон­такты узкого круга»). Это влечет за собой необходимость достижения компенсации за счет удовлетворения потребности в позитивных межличностных отношениях в других микрогруп­пах, в частности на производстве.

Результаты исследований сведетельствуют о напряженном действии у больных СКВ механизмов, обеспечивающих психологическую переработку связанных с болезнью проблемных ситуаций. Одной из составляющих этого комплекса являются механизмы психологической защиты (ПЗ).

Рисунок 3

Механизмы психологической защиты у больных СКВ отрицание



проекция

I акт - - - И акт — —III акт

Проведенное обследование показало, что в группе обследованных больных СКВ отмечается достаточно выраженная напряженность следующих типов психологических защит: «Реактивные образования-гиперкомпенсация» (86,5±1,9 баллов по процентильно нормализованной шкале), «Проекция» (76,8±2,9), и, в меньшей степени, «Интеллектуализация» (70,4±3,2) и «Регрессия» (64,8±3,2) (рисунок 3). Показатели напряженности по другим типам защит значительно вариабельнее. Анализ распределения больных по доминирующим типам свидетельствует, что основным типом защиты в 28,7% случаев является «Реактивные образования». В 19,5% случаев доминировало «Отрицание». Третьим по распространенности являются типы психологических защит «Проекция» и «Интеллектуализация», которые используются больными как доминирующие с одинаковой частотой (16,1%). В тоже время «Регрессия» и «Вытеснение» встречались соответственно у 8,1% и 6,9% больных СКВ. И только в одном случае было зарегистрировано использование в качестве основного типа «Компенсации».

Вышеизложенное формирует интерес к определению используемых больными СКВ механизмов психологической защиты и анализ их динамики в зависимости от их клинических особенностей. Наиболее информативные различия получены в группах, отличающихся по половым признакам. У женщин отмечается большая интенсивность ПЗ типа «Реактивные образования» (р<0,05), а у мужчин более высокая напряженность ПЗ «Вытеснение» (р<0,05) и «Интеллектуализация» (р<0,01). Таким образом, можно предположить, что переживание психологических конфликтов у женщин проявляется в основном в результате преувеличен- ного развития противоположных стремлений, а у мужчин - в пресечении переживаний при помощи логических установок, формировании псевдоразумных объяснений причин кон­фликта. Кроме того, у больных СКВ с третьей степенью активности менее напряжена ПЗ «Отрицание» (р<0.05). Ппреимущественный выбор и существенное напряжение перечис­ленных доминирующих ПЗ указывает на значимое фрустрирующее влияние болезни на сис­тему отношений личности и своеобразное «интенсивное» использование ПЗ при глубинно­личностном реагировании на конфликтные ситуации.

Кроме того, были исследованы взаимосвязи невротичеких расстройств и лежащих в их основе механизмов ПЗ. Показатели всех четырех шкал УНП достаточно выражено и прямо коррелируют с показателями психологической защиты «Реактивные образования» (Н). Наи­более вероятным объяснением этого факта может являться то, что в группе больных СКВ с выраженными невротическими расстройствами психическая переработка внутриличностного конфликта, обусловленного попытками преодоления трудных ситуаций, связанных с болез­нью, происходит путем «гиперкомпенсации», пациенты пытаются игнорировать факт недос­таточности своих сил, приобретая внешне уверенное поведение. Наряду с этим, следует отметить в целом высокую напряженность этой психологической защиты в структуре защит­но-приспособительных механизмов у больных СКВ. Также отмечается наличие умеренной прямой корреляционной связи между уровнем астении и тревоги и напряженностью меха­низмов ПЗ типа «Регрессии» (г=0,316 и г=0,365; при р=0,010 и р=0,003) и, в меньшей степе­ни, «Компенсации» (г=0,340 и г=0,248; при р=0,005 и р=0,045), а также астении, депрессии и «Проекции» (г=0,399 и г=0,343; при р=0,001 и р=0,005). Вероятнее всего это связано с тем, что у больных СКВ проецируемые импульсы и эмоции, как правило, имеют негативный отте­нок и интенсивные попытки исправить или как-то восполнить физическую или психическую неполноценность приводят к использованию менее зрелых форм поведения. Возможно, следствием этого является развитие астении, депрессии и тревоги.

Между доминирующими и наиболее напряженными типами психологических защит и невротическими проявлениями установлена определенная взаимосвязь, имеющая

преимущественно причинно-следственную природу. При этом ослабление невротизации,

г~-

происходит за счет формирования специфических вариантов личностно-средового взаимо­действия.

Была проведена интегральная оценка результатов экспериментально-психологических исследований, которая позволила описать варианты формирования ВКБ и стилей реагирования на болезнь у пациентов с системной красной волчанкой.

Центральное место в формировании внутренней картины болезни и стилей реагирования на болезнь занимает феномен локуса контроля. Локус контроля, в частности показатели по шкалам общей интернальности, интернальности в сфере достижений и межличностном взаимодействии связан отрицательно с уровнем депрессии и (г=-0,59; г=-0,57 и г=-0,53 со­ответственно; при р=0,007; р=0,011 и р=0,019 соответственно), что, вероятнее всего, отра­жает двустороннюю причинно-следственную связь между этими переменными. С одной сто­роны, повышенный уровень депрессии формирует низкий уровень субъективного контроля в непосредственном поведении больных СКВ в отношении достижений и микросоциуме. С другой, менее интенсивные проявления внутреннего локуса контроля у пациентов в указан­ных сферах способствуют развитию депрессивных тенденций. Кроме того, выявлена уме­ренная обратная корреляционная связь между уровнем тревоги и показателями по шкале интернальности в межличностном взаимодействии (г=-0,62; при р=0,005), По-видимому, кон­такты с ближайшим микросоциальным окружением в условиях заболевания формируют од­ну из сторон тревожности. В свою очередь, повышенный уровень тревоги порождает экстер- нальные тенденции локуса контроля в области межличностных отношений. Больные не считают себя способными формировать свой круг общения, что может являться одной из составляющих внутреннего конфликта личности.

С другой стороны, отметим положительную связь между показателями шкалы интерналь­ности в производственной сфере и напряженностью защиты типа «Реактивные образова­ния» (Н). Также установленной особенностью является отрицательная корреляция между показателями напряженности психологической защиты типа Е («Проекция») и показателями шкал общей интернальности, в области достижений и семейных отношений; психологиче­ской защитой «Подавление» и показателями шкал интернальности в сфере неудач и семей­ных отношений, а также напряженностью механизма «Регрессия» и интернальностью в межличностных отношений.

Выявлены взаимосвязи между определенными типами отношения к болезни и напряжен­ностью психологических защит приводят к следующим вариантам реакции личности на бо- леэнь. При этом эргопатический тип отношения к болезни в наибольшей степени оказался сопряженным с использованием защитного механизма «Реактивные образования» (Кс-0,23 р<0,05). Видимо, именно отрицание болезни, выражающееся в своеобразном «уходе от бо лезни в работу», для которого характерно сверхответственное, одержимое отношение к ра боте, является гиперкомпенсаторным психологическим образованием. Ипохондрический тиг личностного реагирования на заболевание сопряжен с действием защитных механизмов «Отрицание» (Кс=0,39; р<0,05) и «Замещение» (Кс=0,25; р<0,05). Потребность достижений ***)*** этих пациентов фрустрирована вследствие отсутствия необходимых сил, способностей ***у*** возможностей для осуществления жизненных целей. Вследствие скрытых негативных эмо­циональных переживаний больного, нарастания клинических проявлений СКВ формируется ипохондрическая фиксация на субъективные болезненные и иные неприятные ощущения Обращает на себя внимание, что между развитием сенситивного типа реагирования и доми­нирующим использованием механизмов ПЗ «Проекция» (Кс=0,32) и «Компенсация» (Кс=0,25) имеется определенная достоверно значимая прямая связь. Полученные результа­ты позволяют считать, что чрезмерная озабоченность больных о возможном неблагоприят­ном впечатлении, которое может произвести на окружающих сведения об имеющемся у ни\* заболевании, является проекцией собственных установок пациентов на других.

Отметим, что изученные нами взаимосвязи отражают не только изолированные тенден­ции, но и одновременно существующие явления. Депрессия, с одной стороны, обратно свя­зана с показателями уровня субъективного контроля по шкалам общей интернальности, ин- тернальности в отношении достижений и межличностного взаимодействия. С другой, она редуцируется за счет приписывания испытываемых негативных чувств другим лицам (ПЗ «Проекция») и за счет гиперкомпенсации (ПЗ «Реактивные образования). Этот комплекс приводит к атрибуции окружающим ответственности за нарушенные из-за болезни отноше­ния личности. Тревога отрицательно связана с уровнем субъективного контроля по шкале интернальности в межличностных отношениях и редуцируется при помощи психологических защит «Реактивные образования» и «Регрессия», в тоже время сопряжена с сенситивным и эргопатическим типом отношения к болезни, последний из которых в свою очередь связан с показателями по шкалам интернальности в производственных отношениях и межличност­ном взаимодействии.

Исходным моментом является осознание имеющегося личностного конфликта, связанно­го с фактом заболевания и непринятие ответственности за происходящее на себя, вследст­вие сниженного локуса контроля в отношении здоровья. Депрессия и тревога, как атрибуты психологического конфликта, запускают механизмы психологической защиты, действующие «широким фронтом» за счет их большой напряженности - «блок психологических защит» (Н) - (Е) - (С) - (А), либо избирательно за счет их ассоциированности с отдельными психологи­ческими характеристиками. Исходом является формирование у пациентов определенной «внутренней концепции заболевания» в составе внутренней картины болезни в виде недос­татков, свойственных модели «обученной беспомощности». Данный патогенетический меха­низм не является адекватным для сохранения психологического гомеостаза.

Таким образом, проведенное исследование позволило установить, что развитие систем­ной красной волчанки сопровождается формированием специфической внутренней картины болезни, выделить системные психологические особенности личности больных СКВ и фак­торы, влияющие на течение системной красной волчанки, типы реагирования на заболева­ние во внутренней структуре отношения к болезни, спектр напряженности механизмов пси­хологической защиты и направленность локуса контроля в основных сферах отношения личности.

***ВЫВОДЫ***

1. Исследование психологического статуса больных СКВ выявило повышенный уровень ас­тении и тревоги, а также, в меньшей степени, депрессии и ипохондрии.
2. Для внутренней картины болезни при СКВ характерно доминирование эргопатического типа реагирования, а также высокая распространенность дезадаптивных форм интра- и интерпсихической направленности ипохондрического и сенситивного типов отношения к заболеванию.
3. Характер личностно-средового взаимодействия больных СКВ отличается тенденцией к экстернальности в сфере отношения к заболеванию, в сфере неудач и производствен­ных отношений, что предопределяет повышенную психотравматизацию больных СКВ в условиях заболевания, а также в ситуациях неудач и проблем в производственной сфе­ре.
4. У больных СКВ отмечается доминирование и значительное напряжение психологических защит типа «Реактивные образования», «Проекция», «Интеллектуализация», «Регрес­сия».
5. Степень активности СКВ прямо коррелирует с выраженностью астении, депрессии и тре­воги, обратно взаимосвязана с интернальностью в отношении межличностного взаимо­действия и механизмом психологической защиты «Отрицание», кроме того, у пациентов с более высокой степенью активности заболевания чаще регистрируются дезадаптивные типы отношения к болезни (ипохондрический, сенситивный, дисфорический).
6. Уровень невротических нарушений у пациентов с СКВ прямо коррелирует с активностью, длительностью заболевания и возрастом больных.
7. Эргопатический тип отношения к болезни сопряжен с повышенным уровнем тревоги, ипохондрический тип коррелирует с выраженностью астении и ипохондрии, сенситивный тип личностного реагирования взаимосвязан с депрессивно-тревожными тенденциями.
8. Эргопатический тип реагирования на болезнь также сопряжен с интернальностью в про­изводственной сфере и экстернальностью в сфере межличностного взаимодействия, что составляет мотивационную основу данного типа отношения к заболеванию.
9. Интенсивно эксплуатируемые защитные механизмы сопряжены с доминирующими типа­ми отношения к болезни: «Реактивные образования» — с эргопатическим, «Проекция» - с сенситивным, «Интеллектуализация» - с гармоническим, «Отрицание» - с ипохондриче­ским типами личностного реагирования.
10. Роль больного, усваиваемая в той или иной мере большинством пациентов с СКВ, фор­мирует чувство «беспомощности», являющееся основным поведенческим паттерном, приводящим к социально-психологической дезадаптации.

***ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ***

1. При обследовании больных СКВ рекомендуется проводить объективную оценку психоло­гических особенностей пациентов, внутренней картины болезни и типов психологических защит с использованием соответствующих психодиагностических методик.
2. При составлении комплексных лечебно-реабилитационных программ при СКВ целесооб­разно учитывать специфичность сформированной у пациента внутренней картины бо­лезни; индивидуальность психологических особенностей (выраженность уровня астении, депрессии и тревоги), низкий уровень субъективного контроля и приоритетность сферы межличностного взаимодействия, наличие дезадаптивных типов отношения к заболева­нию (сенситивный, ипохондрический) и напряженность действия механизмов психологи­ческой защиты.
3. Наличие психосоматических связей у больных СКВ диктует целесообразность коллеги­альной работы ревматологов, психологов и психотерапевтов.
4. В целях оптимизации терапевтической тактики в отношении больных СКВ необходимо систематически повышать уровень психологического образования интернистов на этапах последипломного обучения.

***СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ***

1. Харченко С.А. Позиция больных системной красной волчанкой и системной склеродер­мией по отношению к своему заболеванию // Актуальные проблемы современной рев­матологии / Тезисы докладов научной конференции. - Волгоград, 14-15 сентября 1999 . - с. 105. (соавторы: Грехов Р.А., Сулейманова Г.П.)
2. Харченко С.А. Психологические особенности больных системными заболеваниями со­единительной ткани // Актуальные проблемы современной ревматологии / Тезисы док­ладов научной конференции. - Волгоград, 14-15 сентября, 1999. - с. 106. (соавторы: Гре­хов Р.А., Сулейманова Г.П.)
3. Харченко С.А. с соавт. Механизмы психологической защиты у больных системной крас­ной волчанкой и системной склеродермией // Актуальные проблемы современной рев­матологии / Тезисы докладов научной конференции. - Волгоград, 14-15 сентября, 1999. - с. 107. (соавторы: Грехов Р.А., Сулейманова Г.П.)
4. Харченко С.А. Внутренняя картина болезни при системных заболеваниях соединитель­ной ткани // Учение И.П.Павлова на современном этапе и его развитие в трудах волго­градских ученых / Материалы областной научной конференции. - Волгоград: ВМА, 1999.

* Т.2. - с. 34-37. (соавторы: Грехов Р.А., Макеева Е.В.)

1. Харченко С.А. Механизмы психологической защиты и элементы внутренней картины бо­лезни у больных системной красной волчанкой и системной склеродермией ***II*** Вестник ВМА. - Волгоград, 2000. - №6. -с.102-104. (соавторы: Зборовский А.Б., Грехов Р.А.)
2. Харченко СА Особенности отношения к болезни у больных системной красной волчан­кой и системной склеродермией // Материалы юбилейной конференции, посвященной 15-летию НИИ КиЭР РАМН / Под ред. академика РАМН, профессора А.Б.Зборовского. - Вып. 18. - Волгоград, 2000. - с. 146. (соавторы: Грехов Р.А.,)
3. Харченко С.А. К вопросу об исследовании личности больных системными заболевания­ми соединительной ткани // Материалы юбилейной конференции, посвященной 15- летию НИИ КиЭР РАМН / Под ред. академика РАМН, профессора А.Б.Зборовского. - Вып. 18. - Волгоград, 2000. - с. 147. (соавторы: Зборовский А.Б., Грехов Р.А., Сулейма­нова Г.П.)
4. Харченко С.А. Системная красная волчанка и системная склеродермия: механизмы пси­хологической защиты ***И*** Материалы юбилейной конференции, посвященной 15-летию НИИ КиЭР РАМН / Под ред. академика РАМН, профессора А.Б.Зборовского. - Вып. 18.

* Волгоград, 2000. - с. 148. (соавторы; Зборовский А.Б., Грехов Р.А.)

1. Харченко С.А. Внутренняя картина болезни при некоторых ревматических заболеваниях // Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы внутренней па­тологии», посвященной 80-летию со дня рождения и 60-летию трудовой, творческой, на­учной и педагогической деятельности профессора П.Д.Синицына. - Челябинск, 2001. - С. 150-154. (соавторы: Грехов Р.А., Зборовский А.Б.)
2. Харченко С.А. Психосоматические соотношения при системной красной волчанке // Ма­териалы Всероссийской конференции с международным участием «Перинатальная пси­хология и медицина. Психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, пе­диатрии и терапии». - Иваново, 6-8 июня 2001. (соавторы: Грехов Р.А., Зборовский А.Б., Новикова О.В., Макеева Е.В., Сулейманова Г.П.)
3. Харченко С.А. Клинико-психологические констелляции при системной красной волчанке // Материалы 3 Всероссийского съезда ревматологов. - Рязань, 22-25 мая 2001. - С. 128. (соавторы: Грехов Р.А., Зборовский А.Б.)
4. Харченко С.А. Внутренняя картина болезни при фибромиалгии и системной красной волчанке // Материалы 3 Всероссийского съезда ревматологов. - Рязань, 22-25 мая 2001. - С. 28. (соавторы: Грехов Р.А., Зборовский А.Б., Сулейманова Г.П., Макеева Е.В., Брель И .А., Новикова О.В., Левина А.П.)
5. Харченко С.А., Взаимосвязь клинико-психологических факторов при системной красної волчанке // Вестник Волгоградской медицинской академии. - №7. - 2001. (в печати), (сс авторы: Грехов РА, Зборовский А.В., Мякишев М.В., Чернов А.С., Левкина М.В.)
6. Kharchenko S A Internal image of illness in systemic diseases of connective tissues // Annuc European congress of rheumatology EULAR - 2000, Nice, June 21-24. - 2000. - Op - 155. P. 334. (соавторы: Грехов PA., Зборовский А.Б.)
7. Kharchenko SA Internal image of illness in fibromyalgia and systemic lupus erythematosus Annual European Congress on Rheumatology (EULAR’2001). - Prague, Czech Republic June 13-16,2001. -#0015.-P. 247-248. (соавторы: Грехов P.A., Зборовский А.Б.)
8. Kharchenko SA Psychological correlation in systemic lupus erythematosus // The 20th ILAI Congress of Rheumatology (ILAR’2001). - Edmonton, Canada, August 26-30, 2001. (соавтс ры: Грехов PA, Зборовский А.Б.)

Подписано в печать 04.01.2002 г. Формат 60x841/16 Бум. Тип № 2. Печать офсетная. Уел. печ. л. 1.0. Тираж 100 экз. Заказ №186.

Волгоградская медицинская академия. 400066, г.Волгоград, пл.Павших борцов, 1.