

на правах рукописи

ГРЕХОВ Ростислав Александрович

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ
И ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ
У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

14.01.22 – ревматология

Автореферат диссертации
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Волгоград – 2010

Работа выполнена в Учреждении Российской академии медицинских наук Научно-исследовательском институте клинической и экспериментальной ревматологии РАМН и Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ.

Научный консультант:

академик РАМН,

доктор медицинских наук, профессор

ЗБОРОВСКИЙ Александр Борисович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

доктор медицинских наук, профессор

доктор медицинских наук

КОРШУНОВ Николай Иванович

ЦЫБУЛИНА Екатерина Васильевна

СИМОНОВА Ольга Викторовна

Ведущая организация:

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ.

Защита состоится «__» _____ 2010 г. в __ часов на заседании диссертационного совета Д 208.008.02 ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ по адресу: 400131, гор. Волгоград, пл. Павших борцов, 1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ по адресу: 400131, гор. Волгоград, пл. Павших борцов, 1.

Автореферат разослан «__» _____ 2010 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета Д 208.008.02

доктор медицинских наук, профессор

БАБАЕВА А.Р.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Здоровье населения является важнейшим фактором национальной безопасности государства. Ухудшение популяционного здоровья населения Российской Федерации свидетельствует о необходимости разработки и реализации программ медицинской профилактики и лечения [Разумов А.Н., 2006]. Решение этой проблемы особенно актуально в настоящее время в связи с тем, что улучшение системы здравоохранения России рассматривается в рамках приоритетного национального проекта государства.

Ревматические заболевания (РЗ) сохраняют статус важной проблемы для современного практического здравоохранения и научной деятельности. Высокая распространенность ревматических заболеваний, преимущественное развитие у лиц трудоспособного возраста, хроническое прогрессирующее течение, нередко приводящее к ранней инвалидизации больных, определяют актуальность изучения этой группы заболеваний [Агабабова Э.Р., 2003; Бадюкин В.В., 2004]. Нельзя также не отметить значительные финансовые затраты, связанные с лечением и реабилитацией ревматологических пациентов.

Согласно статистическим данным, общее количество зарегистрированных заболеваний XIII класса с костно-мышечными болезнями продолжает интенсивно нарастать, увеличившись за последние 7 лет почти на 30% [Эрдес Ш.Ф., Фоломеева О.М., 2007]. Известно, что патология опорно-двигательного аппарата стоит в ряду основных причин временной утраты трудоспособности, занимая второе-третье место по дням и случаям нетрудоспособности среди всех регистрируемых официальной статистикой классов болезней, а доля общей инвалидности в связи с ревматическими заболеваниями среди всех инвалидов составляет около 10% [Насонова В.А. и соавт., 2003].

Неопределенность в отношении возникновения, тяжесть заболевания, быстрое снижение функциональных способностей, необходимость постоянного приема лекарственных препаратов приводят больных ревматическими заболеваниями к потере способности осуществлять важные виды деятельности, утрате профессиональной независимости, снижению качества жизни пациентов.

Личность больного изменяется как вследствие прямого воздействия симптомов болезни, 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, гнева и депрессии.

Ревматические болезни не только уродуют тело, но и психику пациентов, приводят к ряду нарушений со стороны центральной и периферической нервной системы. Знание психики больного и особенностей его личности является проблемой первостепенного значения и выступает необходимым звеном в изучении психосоматических взаимоотношений, составляет основу для разработки психокоррекционных мероприятий [Ильин В.И., Похилько В.И., 1983], однако лишь относительно немногие исследования посвящены изучению психики ревматологических больных и практически отсутствуют работы интегративного характера, дающие возможность использовать накопленные теоретические знания в лечении и реабилитации пациентов.

Эти проблемы занимают центральное место в феномене так называемой «внутренней картины болезни» (ВКБ). Длительно протекающее заболевание способно приводить к различным перестройкам ВКБ, связанным не только с особенностями течения болезни, но и

со сложными процессами адаптации и дезадаптации. Наличие неадекватной ВКБ опосредовано отрицательно влияет на течение и исход заболевания, а также способствует деструктивному изменению личности больного, развитию внутренних конфликтов, невротических реакций, которые усугубляют картину органического страдания, его течение, длительность и, как правило, резистентность к проводимой терапии.

Исследования психосоматической проблематики в ревматологии в основном ограничиваются «классическим» психосоматическим заболеванием – ревматоидным артритом, в связи с чем изучение психосоматических соотношений при заболеваниях ревматологического профиля является одной из актуальных проблем современной ревматологии.

Исследования качества жизни больных ревматическими заболеваниями привлекают большой интерес, как за рубежом, так и в России. Показатели качества жизни включают оценку важнейших аспектов жизнедеятельности человека: социального, психического и физического. Многие исследователи подчеркивают, что целью любой лечебной программы должно быть улучшение качества жизни пациента, а показатели качества жизни являются новыми объективными критериями оказания медицинской помощи [Новик А.А., Ионова Т.И., 2007]. При ревматических заболеваниях остро стоит проблема низкого качества жизни [В.Н.Амирджанова и соавт., 2007], обусловленная не только физической несостоятельностью (ограничение функциональной способности суставов), но и снижением психологической и социальной адаптации, в том числе депрессивными состояниями, характерными для лиц с хроническим болевым синдромом [Н.И.Коршунов и соавт., 2006; Т.О.Bruce, 2008].

У пациентов часто отмечается низкая приверженность к медикаментозной терапии и нефармакологическим рекомендациям. В клинической практике нередко имеет место проблема неоправданной полипрагмазии, что также уменьшает комплаентность больных и ухудшает результаты лечения в целом. Следует признать за больными право не быть лишь пассивными исполнителями врачебных рекомендаций, но обладать самостоятельной активностью в преодолении имеющегося заболевания. Такой ответ личности обозначается как феномен преодоления болезни [Brautigam W., 1999] и служит частным выражением копинга или формы индивидуального ответа человека на интенсивные средовые воздействия [Lazarus R.S., 1996; Amirkhan J.H., 1990].

В последние годы в Российской Федерации активно развивается восстановительная медицина, одним из приоритетных направлений которой является медицинская реабилитация, разрабатывающая преимущественно немедикаментозные технологии восстановления функциональных возможностей организма, нарушенных в результате болезни [Разумов А.Н. и соавт., 2003, 2007]. Развитие этого направления особенно актуально при ревматических болезнях, которые часто приводят к выраженным функциональным нарушениям, ограничивающим способности пациентов в плане передвижения, самообслуживания, выполнения трудовой и повседневной деятельности, физической, психической и социальной дезадаптации [Насонов Е.Л. и соавт., 2007].

Цель исследования

Целью работы является выявление и комплексная оценка роли психологических характеристик личности больных фибромиалгией (ФМ), системной красной волчанкой (СКВ), системной склеродермией (ССД), анкилозирующим спондилитом (АС) и ревматоидным артритом (РА) в формировании внутренней картины болезни в соотношении с клиническими показателями заболевания и оптимизация лечебно-реабилитационных программ путем применения метода биологической обратной связи (БОС).

Задачи исследования

1. Оценить психоэмоциональный статус, частоту и выраженность невротических нарушений у больных ФМ, СКВ, ССД, АС и РА;
2. Изучить структуру и интенсивность использования основных механизмов психологической защиты больными ФМ, СКВ, ССД, АС и РА;
3. Исследовать уровень субъективного контроля у пациентов с ФМ, СКВ, ССД, АС и РА;
4. Выявить корреляционные взаимосвязи между изученными психологическими характеристиками личности больных ФМ, СКВ, ССД, АС, РА и социально-средовыми, демографическими факторами и клиническими показателями заболевания;
5. Уточнить концептуальные основы и уместность концепции «наученной беспомощности» в системе формирования внутренней картины болезни у пациентов с ФМ, СКВ, ССД, АС и РА;
6. Разработать показания, оценить влияние и провести клинико-психологическую оценку эффективности метода функционального биоуправления с биологической обратной связью в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий у больных РА.

Научная новизна исследования

На репрезентативной выборке впервые проведено комплексное клинико-психологическое обследование пациентов ревматологического профиля и установлена частота и характер аффективных расстройств у пациентов, страдающих наиболее распространенными и социально значимыми ревматическими заболеваниями (ФМ, СКВ, ССД, АС и РА).

Установлено, что внутренняя картина болезни как комплексное психологическое образование отражает существенные изменения в эмоциональной, поведенческой и когнитивной сферах отношений личности больных ревматическими заболеваниями. Исследованы корреляционные плеяды клинико-психологических характеристик, объясняющие психосоматические особенности формирования внутренней картины болезни у ревматологических пациентов. Обнаружены характерные особенности психосоматического статуса ревматологических пациентов, которые подчеркивают роль психоэмоциональных нарушений в развитии заболевания. Полученные данные подтвердили наличие патогенетических и патопластических факторов взаимного влияния аффективных расстройств и клинических параметров заболевания на этапах формирования внутренней картины болезни.

Изучены особенности субъективного контроля больных ревматическими заболеваниями, как основной социально-психологической характеристики, влияющей на комплаенс пациентов и эффективность проводимой терапии. При изучении внутренней картины болезни были выявлены значимые психосоматические аспекты патогенеза ревматических заболеваний, разработаны теоретические модели психосоматических нарушений, включающие эмоциональные, когнитивные и мотивационные недостатки, свойственные состоянию «наученной беспомощности», а также предложены и разработаны схемы патогенетического лечения больных РА с помощью метода функционального биоуправления с биологической обратной связью.

С учетом известных ранее и выявленных нами психологических факторов патогенеза заболевания разработана методика лечения больных РА с использованием метода функционального биоуправления с помощью биологической обратной связи. С помощью комплекса унифицированных методов исследованы механизмы лечебного действия и проведен объективный анализ клинико-психологической эффективности БОС терапии,

который позволил дать научное обоснование целесообразности ее применения в ревматологической клинике с целью повышения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий при РА.

Практическая значимость исследования

Проведенное исследование позволило выделить системные психологические особенности личности больных ревматическими заболеваниями. Установлены элементы предрасположенности (активность, длительность заболевания, возраст больных) к развитию субклинических невротических расстройств, что будет способствовать улучшению распознавания этих нарушений ревматологами и врачами общей практики, поскольку это является важным в связи с необходимостью их ранней диагностики.

Результаты проведенных исследований обосновывают необходимость проведения психодиагностических исследований у ревматологических пациентов как метода, дополняющего и объективизирующего клиническую картину заболевания, что дает основание рекомендовать более широкое внедрение в клиническую практику врачей терапевтического профиля психодиагностических опросников с целью выявления невротических нарушений, а также позволяет сформулировать задачи для разработки и выбора методов психотерапевтической коррекции для повышения эффективности лечения и улучшения социальной адаптации больных.

Определение клинико-психологических особенностей пациентов, страдающих ФМ, СКВ, ССД, АС и РА, позволяет оптимизировать систему мероприятий по медицинской и социально-психологической реабилитации больных этими ревматическими заболеваниями. Выявленные закономерности формирования внутренней картины болезни и структуры психосоматических соотношений при ревматических заболеваниях (с учетом спектра коморбидной психологической и соматической патологии) позволяют рекомендовать применение комплексных методов лечения с применением немедикаментозных технологий.

Проведено изучение и комплексная оценка лечебного воздействия терапии с использованием биологической обратной связи на состояние больных РА, в том числе на психологический статус и качество жизни пациентов в зависимости от степени активности патологического процесса и стадии заболевания. Установлены лечебные эффекты БОС терапии у больных РА, в частности, выявлено, что ее применение способствует улучшению клинических показателей состояния пациентов, повышению уровня их психического здоровья, формированию навыков совладания с заболеванием, а также сопровождается улучшением основных показателей качества жизни больных РА. Результаты изучения динамики клинико-психологических параметров при использовании БОС терапии у пациентов, страдающих РА, позволяют рекомендовать ее включение в комплексное лечение этих пациентов в условиях общей медицинской практики.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Ревматические заболевания сопровождаются высокой частотой психоэмоциональных нарушений, которые усложняют клиническую картину, создают дополнительные диагностические трудности и оказывают негативное влияние на течение ревматического заболевания.
2. Внутренняя картина болезни у больных ревматическими заболеваниями представляет собой сложный комплекс психофизиологических и психологических образований, отражающих существенные изменения в эмоциональной, поведенческой и когнитивной сферах отношений их личности.

3. Предложена модель психосоматических соотношений, интегрирующая отдельные свойства личности ревматологических пациентов, особенности их личностно-средового взаимодействия и защитно-приспособительных механизмов.
4. При формировании индивидуальных лечебно-реабилитационных программ больным с ревматологическими заболеваниями целесообразно учитывать психологическое состояние пациента, особенности сформировавшейся у него внутренней картины болезни.
5. Использование метода функционального биоуправления с биологической обратной связью в комплексном лечении пациентов с РА приводит к улучшению соматического статуса, уменьшению выраженности тревожно-депрессивных расстройств и повышению качества жизни больных.

Внедрение в практику результатов исследования

Методы психодиагностических исследований и лечения методом биологической обратной связи больных ревматическими заболеваниями внедрены в практику работы муниципального учреждения здравоохранения (МУЗ) «Городская клиническая больница №25» гор. Волгограда. Материалы диссертации используются в научно-педагогической деятельности на кафедрах госпитальной терапии, общей и клинической психологии ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», на курсах повышения квалификации и последиplomного образования врачей по специальности «клиническая ревматология», при подготовке аспирантов и клинических ординаторов НИИ КиЭР РАМН, а также на научно-практических и клинических конференциях врачей-ревматологов.

Апробация результатов исследования

Материалы диссертации были представлены на научно-практической конференции «Актуальные проблемы внутренней патологии» (Челябинск, 2001), Всероссийской конференции с международным участием «Психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии (Иваново, 2001), Всероссийском научном форуме «Инновационные технологии медицины XXI века» (Москва, 2006), Всероссийской конференции «Социальные аспекты ревматических заболеваний» (Воронеж, 2006), Всероссийской конференции «Социальные аспекты ревматических заболеваний. Боль – междисциплинарная проблема» (Смоленск, 2007), Международной Пироговской научной медицинской конференции (Москва, 2007, 2008), юбилейной XV Международной конференции «Ломоносов» (Москва, 2008), ежегодных научных конференциях НИИ КиЭР РАМН (1998-2010), ежегодных научно-практических конференциях Волгоградского государственного медицинского университета (2000-2010), съездах и конгрессах ревматологов России (Рязань, 2001; Саратов, 2003; Казань, 2005; Москва, 2009), симпозиумах EULAR (Женева, Швейцария, 1998; Глазго, Шотландия, 1999; Ницца, Франция, 2000; Прага, Чехия, 2001; Стокгольм, Швеция, 2002; Лиссабон, Португалия, 2003; Берлин, Германия, 2004; Вена, Австрия, 2005; Амстердам, Нидерланды, 2006; Барселона, Испания, 2007; Париж, Франция, 2008; Копенгаген, Дания, 2009; Рим, Италия, 2010).

Результаты диссертации апробированы на совместном заседании ученого совета НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН и кафедры госпитальной терапии ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» 22 июня 2010 г. (протокол №4).

Публикация результатов исследования

По теме диссертации опубликовано 60 печатных работ, из которых 20 в центральной, 20 в местной, 20 в зарубежной печати, в том числе 9 работ в научных изданиях,

рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Министерства образования и науки РФ.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 334 страницах машинописного текста, состоит из введения, 9 глав, включающих обзор литературы, описание материалов и методов исследования, результатов собственных исследований и их обсуждения, заключения, выводов, практических рекомендаций, клинических примеров, приложений и списка литературы. Работа иллюстрирована 91 таблицей и 53 рисунками. Библиографический указатель включает 513 источников, в том числе 314 отечественных и 199 иностранных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Работа основана на исследованиях, проводимых с 1995 г. в лаборатории клинической психологии НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН (директор доктор мед. наук, проф. И.А.Зборовская), кафедре госпитальной терапии с курсом «клиническая ревматология» ФУВ (зав. кафедрой доктор мед. наук, проф. И.А.Зборовская), кафедре общей и клинической психологии (зав. кафедрой доктор социол. наук, проф. М.Е.Волчанский) ГОУ ВПО Волгоградского государственного медицинского университета (ректор акад. РАМН, доктор мед. наук, проф. В.И.Петров) при участии и под руководством автора на базе ревматологического отделения МУЗ «Городская клиническая больница №25», МУЗ «Клиническая поликлиника №28», медико-санитарной части ФГУП «Производственное объединение «Баррикады» гор. Волгограда.

Под нашим наблюдением находилось 393 человека, из них 100 больных СПФ, 87 больных СКВ, 54 больных ССД, 62 больных АС, 90 больных РА.

Клиническая характеристика больных

Критерии включения

- добровольное согласие пациента на участие в исследовании;
- возраст больных от 18 лет до 75 лет;
- отсутствие психических, сенильных расстройств, нарушений мозгового кровообращения и выраженной неврологической симптоматики;
- отсутствие у испытуемого иных клинически значимых хронических соматических заболеваний.

Критерии исключения

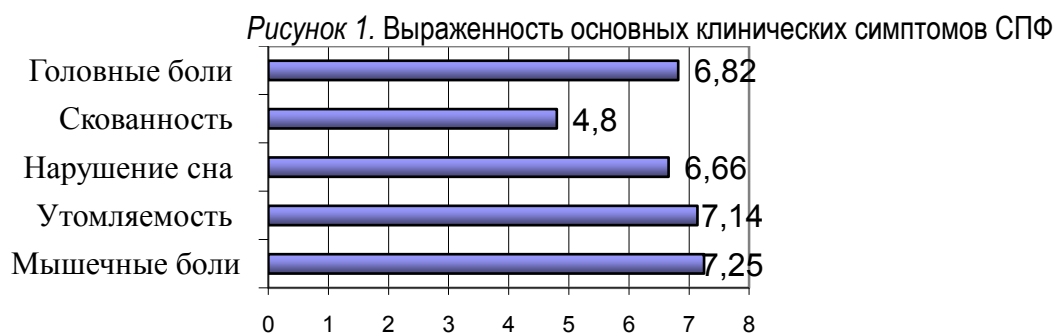
- отказ больного от участия в исследовании;
- возраст пациентов менее 18 и более 75 лет;
- наличие тяжелой сопутствующей соматической патологии и/или психических заболеваний;
- прием психотропных препаратов (включая транквилизаторы, антидепрессанты);
- IV рентгенологическая стадия РА в группе больных РА, получавших курс БОС терапии.

Пациенты с синдромом первичной фибромиалгии

Под нашим наблюдением находилось 100 женщин, больных СПФ. Диагноз ставился после тщательного клинического и лабораторного обследования пациенток в соответствии с диагностическими критериями СПФ, предложенными Американской ревматологической коллегией (ACR) в 1990 г.

Возраст больных СПФ колебался от 21 до 54 лет, составляя в среднем $43,85 \pm 0,70$ года ($M \pm m$). Продолжительность заболевания колебалась от 1 года до 20 лет, составляя в среднем $7,23 \pm 0,47$ года.

Основные клинические симптомы заболевания оценивались с помощью 10-балльной визуальной аналоговой шкалы (ВАШ).



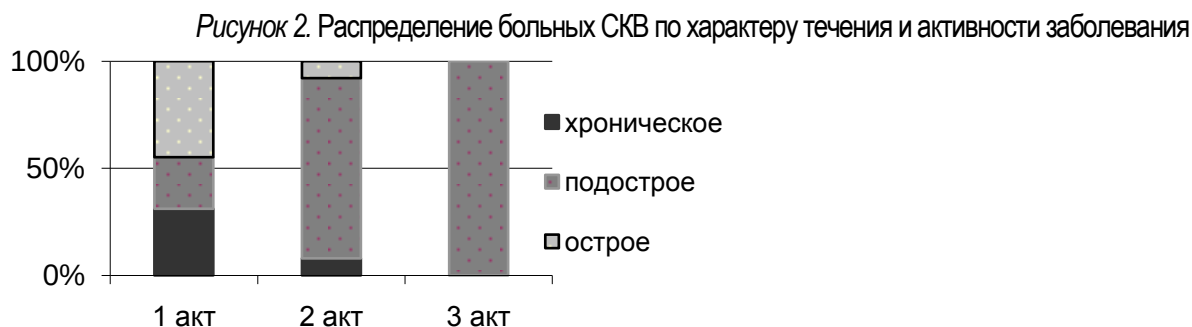
Распределение по профессиональной принадлежности показало, что подавляющее число пациенток относилось к инженерно-техническому или административно-хозяйственному составу (76%), неработающее население составило 2% и только 14% пришлось на долю рабочих профессий. В группе больных СПФ наиболее частыми основным клиническими признаками являлись боль (100%), утомляемость (91%), головные боли (89%), нарушение сна (86%) и скованность (76%).

В соответствии с диагностическими критериями АРА методом пальпации определялись специфические диагностические болезненные точки. Количество точек колебалось от 11 до 18, а в среднем их число составляло $14,27 \pm 0,25$. Наиболее часто болезненные точки локализовались в мышцах шеи, плечевого пояса, спины (надостной, трапециевидной, дельтовидной мышцах), пояснично-крестцовой и ягодичной областях.

Пациенты с системной красной волчанкой

Под наблюдением находилось 87 больных СКВ, большинство которых составили женщины (82,8%). Диагноз СКВ ставился после тщательного клинико-лабораторного обследования больных в соответствии с критериями Американской Ревматологической Ассоциации пересмотра 1982 г. и рабочей классификацией клинических вариантов течения СКВ (Насонова В.А., 1972-1986).

Возраст больных колебался от 16 до 70 лет, средний возраст составил $35,33 \pm 1,77$ года. Продолжительность заболевания менее 1 года была выявлена у 21 больного (24,2%), от 1 года до 5 лет - у 29 (33,3%), от 5 до 10 лет - у 17 (19,5%) и свыше 10 лет - у 20 (23%). Распределение больных по степени активности патологического процесса и характеру течения заболевания представлено на рисунке 2.



По социальному статусу обследованные пациенты распределились следующим образом: 48% - служащие, 34% - рабочие, 18% - учащиеся. Только 44,9% обследованных лиц состояли в браке. Уровень образования был достаточно высоким: 25,6% больных имели высшее, а 74,4% - среднее образование. Клинические проявления у больных СКВ отличались выраженным полиморфизмом и многообразием, особенно при активации процесса. Чаще других встречались проявления суставного синдрома (78,2%) в виде артралгий. Поражение кожи (74,9%) было весьма разнообразным. Третий по частоте синдром – поражение почек (67,9%). У 51 больного (65,4%) выявлялись признаки поражения сердца по типу миокардита с нарушениями проводимости, но выраженных признаков недостаточности кровообращения не наблюдалось. У каждого третьего наблюдались различные симптомы поражения верхних и нижних дыхательных путей (плевриты, пневмониты). Поражения нервной системы чаще выражались в виде церебральных васкулитов. Большинство больных (93,7%) имели комбинированные поражения различных органов и систем.

Пациенты с системной склеродермией

Под наблюдением находилось 54 больных ССД, большинство составили женщины (94,4%). Диагноз ССД ставился после тщательного клинико-лабораторного обследования больных в соответствии с критериями Американской Ревматологической Ассоциации пересмотра 1982 года и рабочей классификацией клинических вариантов течения ССД [Насонова В.А., 1989].

Возраст больных колебался от 18 до 73 лет, средний возраст составил $45,59 \pm 1,65$ года. Продолжительность заболевания менее 5 лет была выявлена у 14 пациентов (26%), от 6 до 10 лет - у 32 (59,2%) и свыше 10 лет - у 8 (14,8%). Средняя длительность болезни $4,42 \pm 0,44$ лет.

Среди больных ССД преобладали лица трудоспособного возраста (36 больных были в возрасте до 50 лет). Инвалидность по данному заболеванию имели 39 человек, что составило 72,2% от общего их числа, причем среди них также преобладали лица наиболее социально-активного возраста (61,5% больных с инвалидностью были в возрасте до 50 лет).

По социальному статусу обследованные пациенты распределились следующим образом: 51,9% - служащие, 44,4% - рабочие, 3,7% - учащиеся. Только 48,2% обследованных больных состояло в браке. Уровень образования был достаточно высоким: 24,1% пациентов имели высшее, а 75,9% - среднее образование.

I степень активности патологического процесса была установлена у 12 (22,2%) больных, II степень - у 37 (68,5%) и III степень - у 5 (9,3%) больных. Хроническое течение заболевания было у 16 (29,6%) пациентов, подострое - у 35 (64,8%) и острое - у 3 (5,5%). Хроническое течение доминировало при I степени активности процесса (66,7%), подострое наблюдалось чаще при II степени (76,9%), острое - у больных с III степенью активности заболевания (66,7%). I стадия болезни определялась у 19 (35,2%), II стадия - у 35 (64,8%) больных. В зависимости от степени распространенности изменений кожи у 39 (72,2%) больных была диагностирована лимитированная форма ССД, у 15 (27,8%) – диффузная.

Клинические проявления у больных ССД отличались выраженным полиморфизмом и многообразием. Чаще других встречался кожный синдром (100%), сосудистый синдром (87,03%), поражение мышц (81,5%), суставной синдром (79,6%), поражение сердца (72,2%), поражение желудочно-кишечного тракта (64,8%), легочный синдром (59,3%), поражение почек (53,7%), поражения нервной системы чаще выражались в виде различных полиневритов. Большинство больных (93,7%) имели комбинированные поражения различных органов и систем.

Пациенты с анкилозирующим спондилитом

Под нашим наблюдением находилось 62 больных анкилозирующим спондилитом. Диагноз АС верифицировался на основании всестороннего клинико-диагностического обследования с учетом модифицированных Нью-Йоркских диагностических критериев (S. van der Linden et al., 1984).

Среди обследованных больных было 58 мужчин (93,5% больных) и 4 женщины (6,5% больных) в возрасте от 18 до 59 лет. Средний возраст составил $37,5 \pm 1,48$ лет.

Продолжительность заболевания менее 6 лет была выявлена у 27 пациентов (43,5%), от 6 до 10 лет - у 19 (30,6%) и свыше 10 лет - у 16 (25,9%). Средняя продолжительность заболевания составила $9,14 \pm 0,96$ лет.

Группа больных АС состояла из лиц трудоспособного возраста (100% больных были в возрасте до 60 лет). Инвалидность по данному заболеванию имели 24 человека, что составило 38,7% от общего их числа, причем среди них также преобладали лица наиболее социально-активного возраста. По социальному статусу обследованные пациенты распределились следующим образом: 48,4% - служащие, 32,2% - рабочие, 19,4% - учащиеся. Только 67,7% обследованных больных состояло в браке. Уровень образования был достаточно высоким, 51,6% пациентов имели высшее образование.

В соответствии с отечественной классификацией на основании клинико-лабораторных данных и индекса BASDAI, рекомендованного Европейской лигой ревматологов I степень активности патологического процесса установлена у 19 (30,6%) больных, II степень — у 31 (50%) и III степень — у 12 (19,4%) больных. I стадия АС (ранняя) определялась у 15 (24,2%) больных, II стадия — у 32 (51,6%) и III (поздняя) — у 15 (24,2%) больных.

На основании рентгенологических изменений в крестцово-подвздошных сочленениях, тазобедренных суставах и позвоночнике (индекс BASRI), I рентгенологическая стадия установлена у 14 (22,6%) больных АС, II — у 16 (25,8%), III — у 22 (35,5%) и IV стадия — у 10 (16,1%) больных.

На основании общепринятых критериев и функционального индекса BASFI (A. Calin et al., 1994) у 11 (17,7%) пациентов с АС установлена степень ФНС-1 (профессиональная способность сохранена), у 39 (62,9%) — ФНС-2 (больной вынужден менять профессию) и у 12 (19,4%) больных — ФНС-3 (полная потеря трудоспособности).

У всех больных присутствовали клинические и рентгенологические признаки сакроилеита, причем в 95,4% случаев — двустороннего. Из внесуставных поражений при АС поражения сердечно-сосудистой системы (кардиосклероз, миокардиодистрофия, нарушения проводимости и возбудимости, аортит) наблюдались у 13 (21%) больных, поражения бронхо-легочной системы (хронический бронхит, фиброз верхушек легких) — у 9 (14,5%), пищеварительного тракта (хронический гастрит, энтероколит) — у 12 (19,4%), поражение почек (пиелонефрит, почечно-каменная болезнь) — у 9 (14,5%), поражение глаз (увеит, иридоциклит, катаракта) — у 32 (51,6%) больных. Артериальная гипертония наблюдалась у 10 (16,1%) больных.

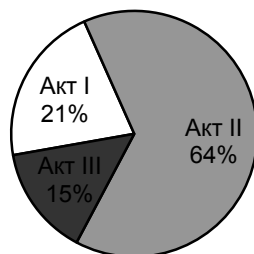
Пациенты с ревматоидным артритом

Под наблюдением находилось 90 больных РА. Диагностика РА осуществлялась в ходе всестороннего клинического обследования с применением лабораторных и инструментальных методов при поступлении больных на стационарное лечение с использованием диагностических критериев Американской ревматологической ассоциации (АРА).

Среди обследованных больных было 65 женщин (72,2% больных) и 25 мужчин (27,8% больных) в возрасте от 18 до 66 лет. Продолжительность заболевания менее 1 года выявлена у 15 больных (16,7%), от 1 года до 5 лет - у 26 (28,9%) и свыше 5 лет - у 49 (54,4%).

Распределение пациентов по степени активности патологического процесса было следующим: минимальная (I) степень активности РА обнаружена у 19 (21,11%) больных, средняя (II) - у 58 (64,44%) и высокая (III) - у 13 (14,45%).

Рисунок 3. Распределение больных РА по степени активности заболевания



При рентгенологическом исследовании суставов I стадия РА по критериям Steinbroker была установлена у 25 (27,8%) больных, II - у 21 (23,3%), III - у 44 (48,9%).

При изучении функциональной недостаточности суставов (ФНС) было обнаружено, что I степень ФНС (профессиональная способность сохранена) отмечалась у 32 (35,6%) больных, II (профессиональная способность утрачена) - у 52 (57,7%). Нарушения функции суставов не было у 6 (6,7%) пациентов. Группу с медленнопрогрессирующим течением составили 63 человека (70%), а группу с быстропрогрессирующим течением заболевания - 27 (30%). При определении ревматоидного фактора с помощью реакции латекс-агглютинации у 85 (70,8%) больных был выявлен серопозитивный РА, а у 35 (29,2%) больных - серонегативный РА.

Системные проявления были выявлены у 20 больных (22,2%), в том числе поражения сердца (ревматоидный кардит, миокардиодистрофия) - у 8 (8,9%), почек (ревматоидный нефрит) - у 4 (4,44%), ретикулоэндотелиальной системы (анемия, лимфаденопатия) - у 2 (2,2%), сосудов (дигитальный артериит, ревматоидные узелки) - у 3 (3,3%) пациентов. Системные проявления наиболее часто отмечались у больных с умеренной и высокой степенью активности процесса.

В дальнейшем больные РА методом случайного подбора были разделены на две группы, сопоставимые по половому составу, возрасту и длительности заболевания: основную (60 пациентов) и контрольную (30 больных РА). Пациенты обеих групп получали аналогичное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Больные основной группы получали дополнительно 10-15 ежедневных сеансов БОС терапии с использованием тренинга на основе параметров электрической активности мозга - релаксация по электроэнцефалограмме (ЭЭГ).

Контрольная группа

В контрольную группу вошли 35 человек с диагнозом инсулинзависимого сахарного диабета (ИЗСД, диабет I типа) в возрасте от 22 до 53 лет, в том числе 25 женщин и 10 мужчин. Средний возраст пациентов составил $42,54 \pm 0,54$ лет. Средняя продолжительность заболевания $5,64 \pm 0,35$. Все пациенты, участвовали в лечебно-образовательной программе и посещали «Школу диабетика» эндокринологического отделения МУЗ ГKB №25 гор. Волгограда.

Методики исследования

Всем больным проводились рутинные инструментальные и лабораторные иммуно-биохимические исследования (рентгенография суставов, общий анализ крови и мочи, СОЭ, СРБ, ЦИК и пр.).

Для изучения клинико-психологического статуса больных использовались следующие стандартизованные психодиагностические методики, разработанные или адаптированные в психоневрологическом институте им. В.М.Бехтерева гор. Санкт-Петербурга:

1. «Методика формализованной оценки невротических проявлений» (УНП) (Дмитриева Л.Л., 1990);
2. «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) (Клубова Е.Б. с соавт., 1995);
3. «Опросник уровня субъективного контроля» (УСК) (Бажин Е.Ф. с соавт., 1984) для изучения локуса контроля.

БОС терапия осуществлялась с помощью реабилитационного психофизиологического комплекса «Реакор» фирмы «Медиком Мгд» (гор. Таганрог), сертифицированного (Сертификат соответствия РОСС RU.ИМО2.В07551) и внесенного в Государственный реестр медицинских изделий (регистрационное удостоверение МЗ РФ №97/17-106; патенты РФ №2076625, №2102004, №2079284).

Анализ эффективности метода БОС терапии в комплексном лечении больных РА проводился путем изучения динамики обязательных клинико-психологических показателей эффективности терапии и их сопоставления у больных основной и контрольной групп, для чего использовались:

1. Тест Спилберга-Ханина для изучения выраженности личностной и реактивной тревожности;
2. Методика Бека для исследования выраженности депрессии;
3. Критерии Европейской противоревматической лиги комбинированный индекс DAS 28 (Disease Activity Score) и критерий ACR (Американской коллегии ревматологов);
4. Опросник MOS SF-36 для оценки качества жизни (КЖ).

Методы статистической обработки материала

В исследовании применялись вариационно-статистические методы обработки данных. Выполнялась предварительная подготовка и проверка первичных данных – устранялись технические дефекты и артефакты. Осуществлялась проверка нормальности распределения количественных признаков с использованием критериев Колмогорова-Смирнова с поправкой Лиллифорса-Уилка. Для количественного анализа нормально распределенных признаков проводилось вычисление среднего значения, среднеквадратического отклонения и ошибки средней. Данные представлялись в виде $M \pm m$, где M – среднее, m – ошибка средней. Указывался объем анализируемой подгруппы (n). При однофакторном анализе для непрерывных величин применялся парный t -тест Стьюдента, для дискретных – χ^2 с поправкой Йетса. Взаимосвязь двух признаков при наличии нормального распределения оценивалась по результатам корреляционного анализа по Пирсону. Для сравнения двух независимых групп по одному признаку применяли критерии χ^2 , точный метод Фишера; зависимые группы сравнивались с использованием критериев Вилкоксона и критерия знаков. Для определения взаимосвязи явлений применялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$ во всех тестах. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью стандартного пакета прикладных программ Statistica 6.0 (StatSoft Inc.).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исследование уровня невротических проявлений у ревматологических пациентов

В результате проведенных исследований было установлено, что развитие ревматических заболеваний сопровождается формированием у пациентов невротических расстройств (таблица 1).

Таблица 1. Выраженность невротических нарушений при ревматических заболеваниях

	Астения M±m	Депрессия M±m	Тревога M±m	Ипохондрия M±m
ФМ (n=100)	6,72±0,17	6,46±0,15	6,8±0,3	5,53±0,18
СКВ (n=87)	5,64±0,3	4,47±0,21	5,57±0,27	4,73±0,21
ССД (n=54)	6,36±0,28	4,98±0,2	6,63±0,25	6,31±0,26
АС (n=62)	5,12±0,23	7,67±0,2	6,89±0,25	5,83±0,27
РА (n=90)	6,08±0,13	6,15±0,17	7,32±0,21	4,99±0,19
ИЗСД (n=35)	5,41±0,36	3,61±0,37	5,3±0,40	4,18±0,48

В целом, при ФМ общий уровень невротизации был отмечен клинически значимым повышением по шкалам астении, депрессии и тревоги. В группе обследованных больных СКВ отмечается достаточно выраженный уровень астении и тревоги. При ССД отмечается выраженный уровень астении, тревоги и ипохондрии, при АС и РА - депрессии и тревоги.

Следующим этапом работы было изучение взаимосвязи показателей теста УНП и клинических характеристик ревматических заболеваний, а именно активности патологического процесса, стадии заболевания, а также длительности заболевания и возраста пациентов.

При рассмотрении показателей невротических черт по группам больных с различной степенью выраженности основных клинических проявлений **фибромиалгии** были выявлены следующие результаты. Интенсивность болевого синдрома сопровождалась достоверным повышением регистрируемых значений по всем шкалам невротизации. Следует отметить, что у лиц, характеризующих проявления мышечных болей как «умеренные» (4-7 баллов), на первый план выступает высокий уровень тревоги (8,16±0,69 при $p<0,05$). Наряду с этим, обращает на себя внимание клиническое повышение таких невротических расстройств как депрессии (6,17±0,16) и астении (6,37±0,21). Увеличение интенсивности мышечных болей до 8-10 баллов сопровождалось достоверным увеличением (при $p<0,05$) показателей по шкалам депрессии (7,3±0,20), астении (7,29±0,20) и ипохондрии (6,16±0,30). Также, значимое повышение показателей по шкале «депрессия» наблюдалось у лиц с выраженными (8-10 баллов) нарушениями сна и головными болями (по 6,95 балла при $p<0,05$). Рассмотрение невротических черт по другим клинко-симптомологическим группам показало, что достоверно значимое повышение астении имело место при сильной утомляемости и нарушении сна (7,31 и 7,2 баллов при $p<0,05$). В группе лиц с умеренными проявлениями головных болей и скованности на первый план выступает высокий уровень тревоги (8,71 и 7,8 баллов при $p<0,05$). Эти данные подтверждаются результатами статистического анализа, обнаружившего присутствие прямых слабо-умеренных корреляций между некоторыми клиническими проявлениями ФМ и выраженностью астении, депрессии и ипохондрии.

Таблица 2. Корреляция выраженности клинических симптомов ФМ и уровня невротизации

Шкалы	Депрессия	Астения	Ипохондрия	Тревога
Мышечная боль	0,350* p=0,011	0,400* p=0,003	0,320* p=0,001	0,460 p=0,07
Утомляемость	0,140 p=0,59	0,240* p=0,019	0,300* p=0,002	0,180 p=0,48
Нарушение сна	0,300* p=0,002	0,310* p=0,04	0,260* p=0,009	0,380 p=0,14
Скованность	0,040 p=0,87	0,200* p=0,043	0,170 p=0,509	0,020 p=0,92
Головные боли	0,140 p=0,6	0,020 p=0,92	0,001 p=0,9	0,230 p=0,37
Болевые точки	0,410* p=0,038	0,300* p=0,038	0,200* p=0,041	0,300 p=0,25

Примечание: * - $p < 0,05$.

На основании данных, приведенных в таблице 2, следует отметить наличие прямых слабо-умеренных взаимосвязей между количеством специфических диагностических болевых точек и уровнем выраженности таких невротических нарушений, как депрессия, астения и ипохондрия. В целом, результаты исследования позволяют указать на существование определенной взаимосвязи между основными клиническими проявлениями ФМ и некоторыми невротическими симптомами, составляющими неотъемлемую часть ее клинической картины и, возможно, играющими немаловажную роль в патогенезе заболевания. Кроме того, выявлены прямые достоверные взаимосвязи между уровнем депрессии ($r=0,34$ при $p=0,021$) и астении ($r=0,38$ при $p=0,017$), с одной стороны, и длительностью ФМ, с другой стороны. Также обнаружено присутствие прямых слабо-умеренных корреляционных связей между возрастом больных ФМ и уровнем депрессии ($r=0,3$ при $p=0,03$) и тревоги ($r=0,57$ при $p=0,019$). На наш взгляд, с возрастом у людей реализуются более пессимистические установки в отношении жизненных перспектив, связанных с болезнью, и соответствующей неопределенностью в отношении дальнейшей трудоспособности и социальной незащищенностью, что, в свою очередь, может приводить к психологической дезадаптации больных ФМ с развитием тревожно-депрессивных тенденций.

При **системной красной волчанке** также были выявлены факторы, предрасполагающие к развитию невротических расстройств. Во-первых, это активность самого заболевания - проведенный корреляционный анализ показал наличие прямой слабо-умеренной связи между данной характеристикой и выраженностью астении ($r=0,34$ при $p=0,005$), депрессии ($r=0,32$ при $p=0,014$) и тревоги ($r=0,3$ при $p=0,046$). Причем, наиболее высокие показатели по шкале астении отмечались у больных со II степенью активности патологического процесса (6,56 балла), а при тяжести клинических проявлений, соответствующих III степени активности на первый план выступают депрессия и тревога (6,97 и 7,41 баллов, при $p<0,05$). Во-вторых, длительность заболевания, которая прямо коррелирует со всеми шкалами теста УНП. И наконец, возраст больных, имеющий аналогичную связь, то есть, чем больше длительность заболевания и старше больной, тем более выражены у него невротические расстройства. Это можно объяснить тем, что с возрастом люди как бы теряют осознание своей полезности, последствием чего является

склонность считать свои личные и социальные проблемы неразрешимыми. Подобная пессимистическая оценка может ощущаться как усталость, упадок сил, отсутствие эмоций, что находит свое отражение в повышении показателей по шкалам невротизации.

На основании данных корреляционного анализа, главными факторами, предрасполагающими к развитию невротических расстройств при системной склеродермии, можно назвать активность болезни, длительность заболевания и возраст больных. Активность заболевания прямо коррелировала с выраженностью астении ($r=0,22$ при $p=0,02$), депрессии ($r=0,30$ при $p=0,035$) и ипохондрии ($r=0,3$ при $p=0,026$). Эти психологические характеристики прямо коррелировали и с длительностью ССД: депрессия ($r=0,220$ при $p=0,04$) и ипохондрия ($r=0,262$ при $p=0,013$). Возраст больных имел аналогичную связь с выраженностью ипохондрических расстройств ($r=0,249$ при $p=0,036$).

У больных **анкилозирующим спондилитом** со II и III степенью активности имело место достоверно значимое повышение уровня тревоги. Проведенный анализ показал наличие достоверно значимой связи между активностью АС и выраженностью тревоги ($p=0,018$). Изучение уровня невротических расстройств в группах больных АС с различной стадией заболевания показал, что с нарастанием стадии достоверно увеличиваются показатели депрессии ($p=0,019$), а выраженность тревоги, наоборот, ослабевает ($p=0,023$). Кроме того, рост длительности заболевания сопровождался достоверным увеличением средних значений показателей депрессии и снижением интенсивности тревоги. Проведенный корреляционный анализ свидетельствует о наличии прямой умеренной связи между показателями депрессии и длительностью заболевания ($r=0,420$ при $p=0,005$) и обратной - между тревогой и продолжительностью АС ($r=-0,396$ при $p=0,038$).

Анализ психосоматических отношений при **ревматоидном артрите** показал существование достоверной корреляционной связи между активностью патологического процесса и выраженностью астении ($p=0,008$). Кроме того, полученные результаты свидетельствуют, что с возрастанием рентгенологической стадии РА показатели депрессии достоверно увеличиваются ($p=0,009$), а выраженность тревоги, наоборот, ослабевает ($p=0,018$). Рост длительности заболевания сопровождался достоверным увеличением средних значений показателей астении и депрессии. Проведенный корреляционный анализ свидетельствует о наличии прямой умеренной связи между показателями астении ($r=0,369$ при $p=0,016$), депрессии ($r=0,417$ при $p=0,038$) и длительностью заболевания. Изучение взаимосвязей между невротическими расстройствами и возрастом больных РА установил, что последний параметр достоверно не связан с выраженностью невротических проявлений.

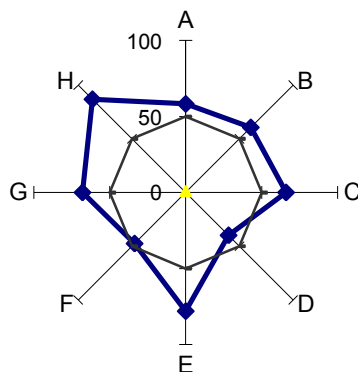
Сравнительный анализ среднестатистических показателей теста УНП в группе больных инсулинзависимым сахарным диабетом показал, что для больных **инсулинзависимым сахарным диабетом** все значения показателей невротических черт были достоверно ниже, чем у ревматологических пациентов и располагались в субклиническом диапазоне (3-6 баллов). При этом в контрольной группе наблюдалось повышение по таким шкалам невротизации, как астения (5,41 при $p<0,001$) и тревога (5,3 при $p<0,01$).

Таким образом, по итогам исследования обнаружены определенные клинико-психологические закономерности, которые, возможно, позволят расширить понимание отдельных психосоматических механизмов формирования ВКБ у больных ревматическими заболеваниями.

Механизмы психологической защиты у ревматологических пациентов

Проведенное исследование позволило отметить достаточно напряженный спектр психологической защиты (ПЗ) в группе больных **фибромиалгией**.

Рисунок 4. Показатели напряженности типов психологической защиты у больных ФМ



Как видно из представленных на рисунке 4 данных, у больных ФМ наибольшие значения исследуемых ПЗ имели «Реактивные образования» (Н) и «Проекция» (Е) (86,78 и 78,15 баллов по процентильно нормализованной шкале). Среди других типов ПЗ обращают на себя внимание «Регрессия» (С) (66,02 баллов), «Интеллектуализация» (G) (67,91 баллов) и «Вытеснение» (В) (60,5 баллов).

При анализе распределения по доминирующим типам защит у больных ФМ было установлено, что в наибольшем количестве случаев в качестве основных регистрировались такие ПЗ, как «Реактивные образования» и «Интеллектуализация» (35,39% и 21,2% случаев). Следующими по частоте диагностировались «Проекция» (13,2%), «Вытеснение» (11,5%) и «Регрессия» (8,8%). Такие ПЗ, как «Отрицание» (4,4%), «Компенсация» (3,5%) и «Замещение» (1,7%) были отмечены в незначительном проценте случаев. Таким образом, наблюдаемая своеобразная «избирательность» использования ПЗ и их существенное напряжение (проявляющееся высокими значениями средних показателей) может свидетельствовать о достаточно ограниченном спектре возможностей психологической адаптации больных ФМ.

Следующим этапом работы явилось изучение взаимосвязей между выраженностью клинических проявлений ФМ и напряженностью ПЗ. Как видно из представленных в таблице 3 данных, достоверные различия напряженности психологических защит имели статистическую связь только с уровнем болевых ощущений больных ФМ, сопровождаясь достоверно значимым повышением напряженности таких ее видов как «Вытеснение» и «Регрессия» и параллельным снижением использования ПЗ «Интеллектуализация» ($p < 0,05$). Подобная связь может быть вполне объяснима, поскольку именно болевой синдром представляет собой наиболее сильный раздражитель для организма, способный активировать как биологический, так и эмоциональный комплекс адаптационных защитных сил организма. Как правило, эмоциональный эквивалент последних находит свое выражение в усилении тревоги и психологического напряжения, что, в свою очередь, может обуславливать «поломки» механизмов психического приспособления и активизацию защитных сил организма, действие которых направлено на нейтрализацию эмоционального напряжения.

Таблица 3. Средние показатели напряженности типов психологических защит в зависимости от степени выраженности основных клинических симптомов у больных ФМ ($M \pm m$)

	Баллы	A	B	C	D	E	F	G	H
Болевой синдром	0-3(N=0) 4-7(N=57) 8-10(N=43)	- 60,14±3,62 55,95±5,09	- 50,08±3,71* 72,23±4,34*	- 56,61±3,55* 78,23±3,08*	- 38,54±3,44 41,52±4,34	- 78,29±2,63 78,54±3,37	- 43,1±3,08 53,8±4,11	- 78,57±2,97* 55,9±3,89*	- 87,85±1,59 86,04±2,55
Утомляемость	0-3(N=9) 4-7(N=37) 8-10(N=54)	75,85±9,5 59,38±4,66 55,24±4,1	82,85±6,09 63,82±4,24 55,27±3,97	65,57±8,11 63,12±4,22 68,16±3,68	53,71±9,8 35,05±3,96 41,53±3,78	78,28±5,3 80,89±2,61 76,14±3,26	47,85±5,08 44,58±3,67 49,68±3,76	84,85±4,26 73,55±3,8 61,92±4,26	8,42±3,4 88,43±2,23 85,5±2,07
Нарушение сна	0-3(N=14) 4-7(N=41) 8-10(N=45)	59,5±7,78 59,82±4,66 56,53±4,49	70,71±7,9 53,02±4,55 64,22±3,83	55,57±6,5 63,02±4,14 72,0±3,84	41,0±7,65 37,21±4,0 41,91±4,1	81,35±3,8 78,56±3,11 76,77±3,45	47,71±7,46 46,48±3,44 48,51±4,05	74,78±5,98 69,92±3,98 63,93±4,77	89,85±1,98 86,8±2,15 85,8±2,45
Скованность	0-3(N=24) 4-7(N=66) 8-10(N=10)	47,5±4,77 60,28±3,82 71,1±8,81	65,37±5,3 50,04±3,59 58,8±8,9	67,58±4,73 63,72±3,38 77,8±7,69	41,0±4,91 37,92±3,43 49,9±7,85	83,79±3,1 74,69±2,77 87,4±4,23	45,79±4,8 47,59±3,15 51,7±8,45	74,91±5,2 67,24±3,5 55,5±9,85	86,29±3,24 86,84±1,72 87,5±4,5
Головная боль	0-3(N=11) 4-7(N=44) 8-10 (N=45)	62,098,25 57,954,11 57,714,88	63,09,97 61,524,69 58,973,63	75,67,69 60,884,06 68,683,77	45,367,74 35,973,75 43,314,27	74,457,48 79,363,09 77,963,00	45,07,15 47,73,86 48,023,77	68,097,25 65,74,21 69,934,25	87,273,96 85,312,22 88,082,14

Примечание: *- $p < 0,05$.

N – количество больных в группе.

A – «Отрицание»; B – «Вытеснение»; C – «Регрессия»; D – «Компенсация»; E – «Проекция»; F – «Замещение»; G – «Интеллектуализация»;

H – «Реактивные образования».

Зарегистрированные в нашем случае такие виды ПЗ как «Вытеснение» и «Регрессия» представляют собой варианты наиболее примитивного и дезадаптивного защитного реагирования, предохраняющего человека от тревоги. Можно предположить, что у больных ФМ фрустрирующие акценты болевого синдрома «подавляются» или «вытесняются» из сферы осознаваемого в зону бессознательной психической активности. При этом выстраиваемое защитно-приспособительное поведение актуализирует наиболее ранние и успешные в прошлом способы поведения. Отметим, что, согласно мнению В.А. Ташлыкова, подавляемые аффективно сильно заряженные компоненты болезни способствуют дезорганизации подкорковых вегетативно-соматических структур, обуславливая последующее развитие психосоматических нарушений.

Вместе с тем, как видно из таблицы 3, рост интенсивности болевых ощущений сопровождался достоверно значимым снижением напряженности ПЗ «Интеллектуализация» ($p < 0,05$). Таким образом, персистирование и усиление болевых ощущений у больных СПФ снижает и обедняет использование более адаптивных логически обоснованных подходов и установок для объяснений своих поступков и поведения в целом.

Также были рассмотрены корреляционные взаимосвязи между основными формами невротизации и напряженностью используемых психологических защит у больных ФМ.

Таблица 4. Показатели корреляции между уровнем невротизации и напряженностью психологических защит у больных ФМ

	Депрессия		Астения		Тревога		Ипохондрия	
	<6 баллов	>6 баллов	<6 баллов	>6 баллов	<6 баллов	>6 баллов	<6 баллов	>6 баллов
A	-0,203 $p=0,289$	0,301 $p=0,437$	0,214 $p=0,238$	0,097 $p=0,431$	-0,251 $p=0,146$	0,139 $p=0,27$	0,118 $p=0,373$	-0,145 $p=0,363$
B	0,299 $p=0,114$	0,301* $p=0,014$	-0,01 $p=0,953$	0,212 $p=0,08$	0,098 $p=0,574$	0,118 $p=0,353$	-0,121 $p=0,358$	-0,023 $p=0,882$
C	-0,094 $p=0,961$	0,3003* $p=0,114$	0,028 $p=0,879$	0,208 $p=0,08$	0,333 $p=0,574$	0,154 $p=0,225$	0,068 $p=0,608$	0,145 $p=0,365$
D	0,265 $p=0,163$	0,084 $p=0,489$	0,014 $p=0,427$	0,041 $p=0,739$	-0,171 $p=0,326$	0,156 $p=0,218$	-0,099 $p=0,455$	-0,108 $p=0,528$
E	0,159 $p=0,408$	0,204 $p=0,09$	-0,004 $p=0,983$	0,117 $p=0,339$	0,008 $p=0,963$	-0,021 $p=0,864$	-0,042 $p=0,72$	0,137 $p=0,392$
F	0,012 $p=0,951$	0,344* $p=0,004$	0,150 $p=0,411$	0,104 $p=0,395$	0,231 $p=0,181$	0,138 $p=0,274$	0,124 $p=0,328$	0,471 $p=0,007$
G	0,279 $p=0,143$	-0,187 $p=0,119$	0,147 $p=0,421$	0,385 $p=0,755$	-0,226 $p=0,191$	0,016 $p=0,898$	-0,164 $p=0,214$	-0,093 $p=0,560$
H	-0,086 $p=0,656$	0,108 $p=0,406$	-0,173 $p=0,342$	0,180 $p=0,141$	-0,767 $p=0,662$	-0,02 $p=0,874$	-0,359 $p=0,787$	0,004 $p=0,978$

Примечание: * - $p < 0,05$.

A – «Отрицание»; B – «Вытеснение»; C – «Регрессия»; D – «Компенсация»; E – «Проекция»;

F – «Замещение»; G – «Интеллектуализация»; H – «Реактивные образования».

Из таблицы 4 видно, что достоверные взаимозависимости между изучаемыми психологическими характеристиками у больных ФМ были обнаружены только со шкалой

клинической депрессии (>6 баллов), которая умеренно коррелировала с такими видами ПЗ, как «Вытеснение» ($r=0,301$ при $p=0,014$), «Регрессия» ($r=0,300$ при $p=0,114$) и «Замещение» ($r=0,344$ при $p=0,004$). Что, в данном случае, на наш взгляд, может отражать особые патопсихологические особенности формирования ВКБ у больных ФМ. Дело в том, что задействованный в случае развития депрессивных аспектов заболевания набор компенсаторных психологических механизмов включает в себя наиболее примитивные и малоэффективные способы защиты, только в некоторой мере способствующие стабилизации «Я» личности больного и приводящие к неадекватной ригидности его поведения. «Вытесняемая» или «забываемая» психотравмирующая информация характеризуется отсутствием переработки своего болезненного содержания. Вместе с тем, как указывают некоторые авторы, «Вытеснение» может способствовать появлению необоснованно хорошего самочувствия. Такие больные лишены правильной ориентации в фактической ситуации и руководствуются «желаемым мышлением», т. е. принимают за действительность только то, что находится в согласии с их желаниями. Однако при этом вытесняемая в более глубокие структурные слои психики психотравмирующая информация неосознанно продолжает представлять угрозу для личности, сохраняя и поддерживая дезадаптивный эмоционально-личностный настрой. По мнению некоторых авторов, действие механизма «Вытеснение» приводит к тому, что за фасадом соматических жалоб порою трудно выявить скрывающиеся психотравмирующие проблемы и переживания, а также подавляемый страх перед болезнью и ее последствиями.

Можно предположить, что действие целого ряда факторов, таких как прогрессирующий характер течения заболевания, значительные трудности медикаментозного лечения заболевания, высокий удельный вес различного плана невротической симптоматики, отсутствие достаточного информирования пациентов в отношении своего заболевания представляют для больных ФМ серьезные затруднения при совладании с заболеванием, способствуя переживанию целого ряда эмоциональных, мотивационных и когнитивных недостатков. Что само по себе может приводить к формированию дезадаптивных форм восприятия и поведения в отношении своего заболевания и обуславливать наиболее пассивные и «беспомощные» позиции в отношении борьбы с болезнью. При этом неудачи в совладании с собственной болезнью в значительной степени способствуют усилению у пациентов ощущения беспомощности и, следовательно, росту тревожных и депрессивных расстройств.

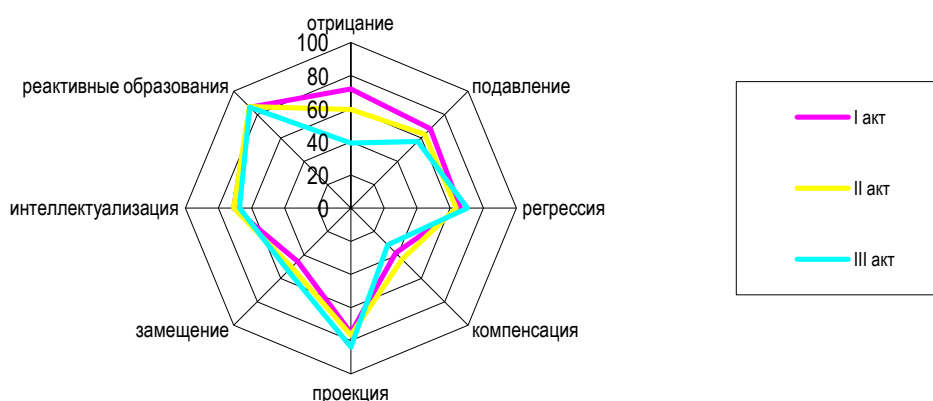
Проведенное обследование показало, что в группе больных **системной красной волчанкой** отмечается достаточно выраженная напряженность ПЗ «Реактивные образования», «Гиперкомпенсация» ($86,5 \pm 1,9$ баллов по процентильно нормализованной шкале), «Проекция» ($76,8 \pm 2,9$) и, в меньшей степени, «Интеллектуализация» ($70,4 \pm 3,2$) и «Регрессия» ($64,8 \pm 3,2$). Показатели напряженности по другим типам ПЗ значительно вариабельнее. Анализ распределения больных по доминирующим типам ПЗ свидетельствует, что основным типом защиты в 28,7% случаев является «Реактивные образования». В 19,5% случаев доминировала ПЗ «Отрицание». Третьим по распространенности являются типы ПЗ «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.

Только в одном случае было зарегистрировано использование в качестве основного типа ПЗ «Компенсация».

Определенный интерес представляет определение типов ПЗ, используемых больными СКВ, и анализ их динамики в зависимости от клинико-демографических особенностей. Наиболее информативные различия получены в группах, отличающихся по гендерным признакам. У женщин отмечается большая интенсивность ПЗ типа «Реактивные образования» ($p<0,05$), а у мужчин более высокая напряженность ПЗ «Вытеснение» ($p<0,05$) и «Интеллектуализация» ($p<0,01$). Таким образом, можно предположить, что переживание психологических конфликтов у женщин проявляется в основном в результате преувеличенного развития противоположных стремлений, а у мужчин – в пресечении переживаний при помощи логических установок, формировании псевдоразумных объяснений причин конфликта.

Как видно на рисунке 5, у больных СКВ с III степенью активности менее напряжена ПЗ «Отрицание» ($p<0,05$). Преимущественный выбор и существенное напряжение перечисленных доминирующих ПЗ указывает на значимое фрустрирующее влияние болезни на систему отношений личности и своеобразное «интенсивное» использование ПЗ при глубинно-личностном реагировании на конфликтные ситуации.

Рисунок 5. Механизмы психологической защиты у больных СКВ в зависимости от активности заболевания

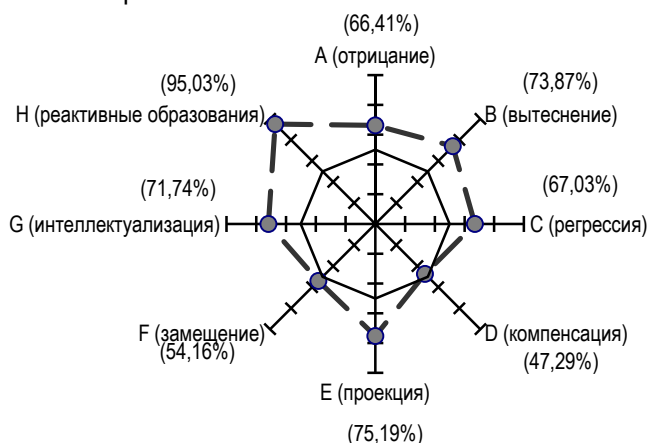


Кроме того, были исследованы взаимосвязи невротических расстройств и лежащих в их основе механизмов ПЗ. Показатели всех четырех шкал УНП достаточно выражено и прямо коррелируют с показателями психологической защиты «Реактивные образования» (Н). Наиболее вероятным объяснением этого факта может являться 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, а не путем эмоционально-насыщенного переживания. 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» ($r=0,316$ и $r=0,365$; при $p=0,010$ и $p=0,003$) и, в меньшей степени, «Компенсации» ($r=0,340$ и $r=0,248$; при $p=0,005$ и $p=0,045$), а также астении, депрессии и «Проекции» ($r=0,399$ и $r=0,343$; при $p=0,001$ и $p=0,005$).

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.

Определена интенсивность использования основных механизмов психологической защиты больными **системной склеродермией** (рисунок 6):

Рисунок 6. Напряженность механизмов психологической защиты у больных ССД



Проведенные исследования показали, что у больных ССД отмечается достаточно выраженная напряженность следующих типов ПЗ: «Реактивные образования» ($95,03 \pm 0,84$ баллов по процентильно нормализованной шкале), «Проекция» ($75,19 \pm 2,47$), «Интеллектуализация» ($71,74 \pm 3,11$) и «Вытеснение» ($73,87 \pm 2,9$). Показатели напряженности по другим типам защит значительно варьибельнее. Анализ распределения больных по доминирующим типам позволил выявить преобладание «Реактивных образований» (42,59%), «Интеллектуализации» и «Отрицания» по 18,51%, а также «Проекции» (11,11%). Преимущественный выбор и существенное напряжение перечисленных доминирующих ПЗ указывает на фрустрирующее влияние болезни на систему отношений личности и их «интенсивное» использование при личностном реагировании на конфликтные ситуации.

Представляет интерес изучение используемых больными ССД механизмов психологической защиты и анализ их динамики в зависимости от активности заболевания.

Таблица 5. Показатели напряженности типов психологических защит у больных ССД

Типы ПЗ		A	B	C	D	E	F	G	H
Общая (N=54)	M	66,41	73,87	67,03	47,29	75,19	54,16	71,74	95,03
	m	2,08	2,43	2,9	4,68	2,47	3,46	3,11	0,84
I акт. (N=12)	M	62,16	51,09	54,00	48,41	70,33	54,08	80,9	92,66
	m	3,34	3,10**	3,2*	4,97	4,1	4,03	2,91*	3,46
II акт. (N=37)	M	70,40	63,10	67,24	48,56	74,18	52,56	74,48	90,97
	m	4,31	4,83	3,11	5,01	3,67	3,78	4,14	1,52
III акт. (N=5)	M	51,4	87,8	74,2	35,00	93,20	69,8	79,6	95,2
	m	3,4*	4,65	5,42	3,98	2,57*	2,29*	4,17	0,8

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

А – «Отрицание»; В – «Вытеснение»; С – «Регрессия»; D – «Компенсация»; Е – «Проекция»; F – «Замещение»; G – «Интеллектуализация»; H – «Реактивные образования».

Как видно из данных таблицы 5, наиболее информативные различия были получены в группе больных ССД с I и III степенью активности патологического процесса ($p < 0,05$). В группе больных с I степенью активности показатели напряженности таких ПЗ как «Вытеснение» и «Регрессия» были достоверно ниже по сравнению со средними в общей группе, а достоверное наибольшее напряжение было отмечено по шкале ПЗ «Интеллектуализация». В группе больных с III степенью активности достоверное наибольшее напряжение было отмечено по шкалам «Проекция» и «Замещение», а показатели напряженности такого психологического механизма защиты как «Отрицание» были достоверно ниже и приближены к средним значениям процентильно нормализованной шкалы опросника.

Были рассмотрены корреляционные взаимосвязи между невротическими симптомами заболевания и механизмами психологической защиты у больных с ССД.

Астения положительно коррелировала с ПЗ «Вытеснение» ($r=0,549$; $p=0,003$), «Регрессия» ($r=0,391$; $p=0,024$), «Проекция» ($r=0,408$; $p=0,018$), «Замещение» ($r=0,426$; $p=0,007$) и «Реактивные образования» ($r=0,388$; $p=0,0025$). Депрессия имела прямую корреляционную зависимость с ПЗ «Вытеснение» ($r=0,370$; $p=0,006$), «Регрессия» ($r=0,307$; $p=0,024$), «Проекция» ($r=0,388$; $p=0,004$) и «Реактивные образования» ($r=0,59$; $p=0,001$). «Отрицание» оказалось обратно взаимосвязано с депрессией ($r=-0,416$; $p=0,002$) и тревогой ($r=-0,317$; $p=0,049$). Кроме этого, с тревогой положительно коррелировали «Компенсация» ($r=0,415$; $p=0,004$) и «Проекция» ($r=0,314$; $p=0,021$), а с ипохондрией - «Вытеснение» ($r=0,356$; $p=0,049$), «Регрессия» ($r=0,680$; $p=0,001$) и «Замещение» ($r=0,514$; $p=0,003$). Полученные результаты демонстрируют несовершенство используемых механизмов психологической защиты, включение которых только в некоторой мере способствует стабилизации «Я» личности больных ССД и, ввиду отсутствия переработки болезненного содержания, в свою очередь, могут приводить к неадекватной ригидности поведения.

При рассмотрении взаимосвязей типов психологической защиты и вышеперечисленных психологических характеристик у пациентов с различной степенью активности заболевания было выявлено, что у больных ССД с I и III степенью активности рост уровня астении, тревожных тенденций сопровождался использованием ПЗ «Замещение». Других четко прослеживаемых тенденций в этих группах больных не обнаружено.

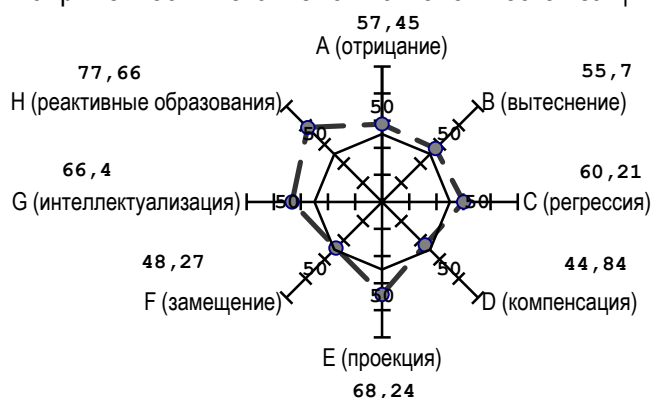
Наиболее многочисленные прямые корреляционные взаимосвязи были получены в группе больных со II степенью активности заболевания. Наблюдались умеренной силы корреляции всех шкал невротизации с напряженностью таких ПЗ как «Регрессия», «Замещение», «Реактивные образования», «Проекция» и «Вытеснение». Также следует отметить, что в этой группе больных ССД рост депрессивных тенденций сопровождался снижением использования ПЗ «Отрицание».

Такое комплексное участие защитно-приспособительных механизмов в переработке и редуцировании перечисленных невротических проявлений на фоне усиления болезни, на наш взгляд, может указывать на повышенную потребность и актуализацию сохранения внутриличностного гомеостаза у больных ССД на данном этапе болезни. Учитывая

обнаруженный высокий уровень невротических расстройств у больных ССД и параллельные тенденции к росту напряженности используемых ПЗ, можно сделать предположение о недостаточной эффективности работы этих механизмов.

Проведенное обследование показало, что у больных **анкилозирующим спондилитом** отмечается достаточно выраженная напряженность следующих типов психологических защит: «Реактивные образования», «Проекция», «Интеллектуализация» и «Регрессия» (рисунок 7).

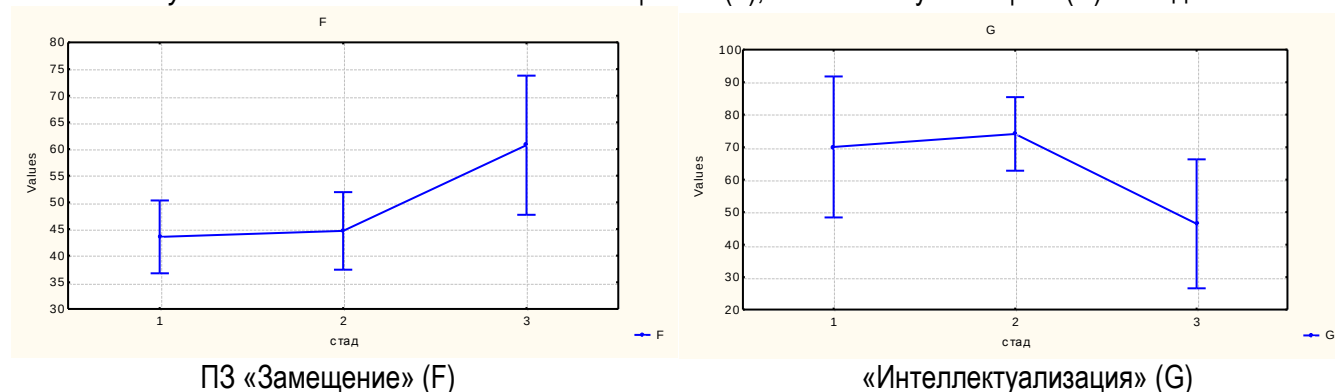
Рисунок 7. Напряженность механизмов психологической защиты у больных АС



Показатели напряженности по другим типам защит значительно вариабельнее. Анализ распределения больных по доминирующим типам ПЗ позволил установить, что основным типом защиты в 25,8% случаев является «Интеллектуализация». В 21% случаев доминировала ПЗ «Проекция». Третьим по распространенности являются типы ПЗ «Отрицание» и «Вытеснение», которые используются больными как доминирующие с одинаковой частотой (14,5%). В тоже время «Реактивные образования» встречались у 12,9% пациентов. И только в одном случае было зарегистрировано использование в качестве основного типа ПЗ «Замещение». Преимущественный выбор и существенное напряжение перечисленных доминирующих ПЗ указывает на фрустрирующее влияние болезни на систему отношений личности и своеобразное «интенсивное» использование ПЗ при личностном реагировании на конфликтные ситуации.

Представляет интерес изучение используемых больными АС механизмов психологической защиты и анализ их динамики в зависимости от клинических особенностей заболевания. Наиболее информативные различия получены в группах больных с различной стадией заболевания (рисунок 8).

Рисунок 8. Взаимосвязь типов ПЗ «Замещение» (F), «Интеллектуализация» (G) и стадии АС



Полученные результаты свидетельствуют о наличии достоверной взаимосвязи между стадией АС и выраженностью ПЗ «Замещение» и «Интеллектуализации» (при $p=0,0226$ и $p=0,0397$, соответственно). С увеличением стадии АС наблюдается более частое использование больными ПЗ «Замещение» (F) и снижение частоты использования ПЗ «Интеллектуализация» (G). Наряду с этим, следует отметить, что возраст больных ($r=0,301$ при $p=0,015$) и длительность АС ($r=0,291$ при $p=0,022$) достоверно положительно связаны с показателями напряженности механизма ПЗ «Замещение» (F).

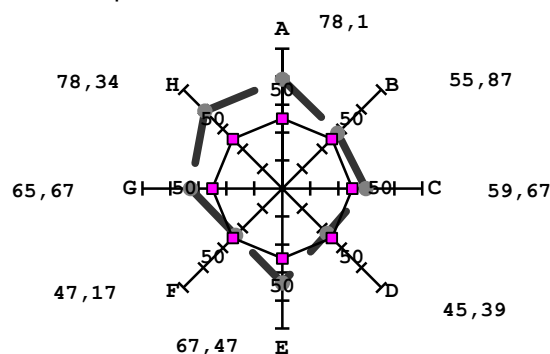
Анализ взаимосвязей типов ПЗ с другими изучаемыми психологическими характеристиками позволили выявить следующие особенности. Механизм ПЗ «Отрицание» (A) имеет обратную достоверную взаимосвязь с показателями тревоги ($r=-0,444$ при $p=0,008$). «Регрессия» (C) прямо и достоверно коррелирует со всеми невротическими проявлениями. Вероятнее всего это связано с тем, что интенсивные попытки больных АС исправить физическую «неполноценность» приводят к использованию менее зрелых форм поведения. Тип защиты «Проекция» (E) положительно взаимосвязан с уровнем тревоги ($r=0,303$ при $p=0,017$), а «Компенсация» (D) имеет такую же зависимость с показателем ипохондрии ($r=0,345$ при $p=0,042$). «Замещение» (F) и «Реактивные образования» (H) обратно взаимосвязаны с тревогой ($r=-0,365$ при $p=0,046$ и $r=-0,304$ при $p=0,016$). Кроме того, механизм ПЗ «Интеллектуализация» (G) имеет аналогичную связь с показателем выраженности депрессии ($r=-0,402$ при $p=0,012$). Наряду с этим, следует отметить, что это наиболее часто встречающийся тип защиты у больных АС. Именно «Интеллектуализация» может предопределять формирование одного из когнитивных компонентов ВКБ, допускающий травмирующую информацию к переработке и проявляющейся в формировании псевдорациональной позиции для объяснения нарушений системы отношений личности пациента. Однако, внутренний конфликт личности не находит своего разрешения, так как истинная его причина маскируется и от окружающих, и от самого больного.

Таким образом, можно считать, что у больных АС внутриличностный конфликт ослабляется за счет смешанного протективно-дефективного паттерна защит, различающегося в зависимости от стадии заболевания, возраста больных и длительности АС. Учитывая отмеченный высокий уровень невротизации у больных АС, сочетание протективных и дефективных защит, направленных на снижение невротизации, говорит о недостаточной эффективности работы защитно-приспособительных механизмов.

У больных **ревматоидным артритом** отмечается достаточно выраженная напряженность ПЗ «Реактивные образования» (H), «Отрицание» (A) и «Проекция» (E) (рисунок 9).

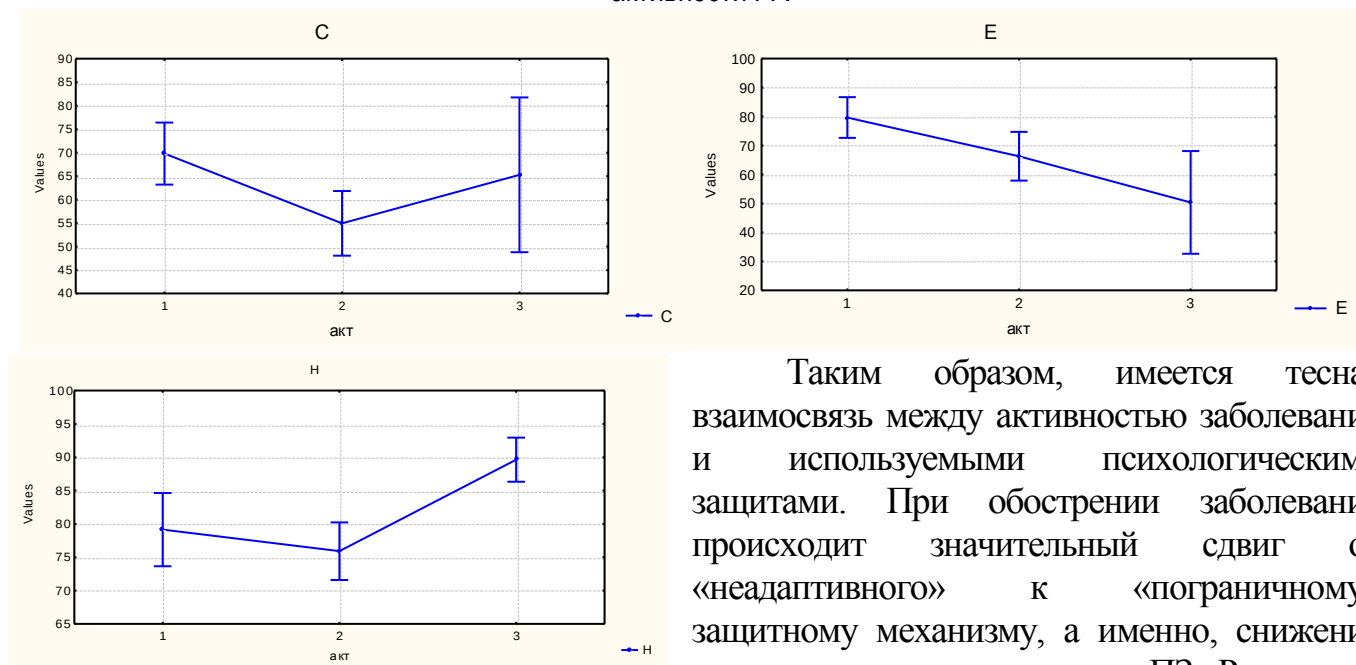
Выявлено распределение по доминирующим типам защит у больных РА. Основным типом защиты в 37 % случаев является «Отрицание». В 25% случаев доминировала ПЗ «Проекция». Третьей по распространенности является тип ПЗ «Регрессия». В тоже время «Реактивные образования» встречались у 12% пациентов. Ни разу не было зарегистрировано использование в качестве основного типа ПЗ «Компенсация». Вызывает интерес определение используемых больными РА типов ПЗ и анализ их динамики в зависимости от клинических особенностей заболевания и, в первую очередь, в зависимости от степени активности патологического процесса.

Рисунок 9. Показатели напряженности типов психологических защит у больных РА



Полученные результаты свидетельствуют о наличии достоверной связи между степенью активности РА и выраженностью ПЗ «Регрессия», «Проекция» и «Реактивные образования» (при $p=0,039$, $p=0,022$ и $p=0,019$, соответственно) (рисунок 10).

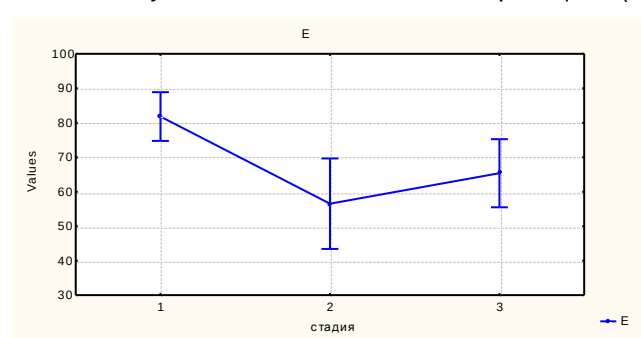
Рисунок 10. Взаимосвязь ПЗ «Регрессия» (С), «Проекция» (Е) и «Реактивные образования» (Н) со степенью активности РА



Таким образом, имеется тесная взаимосвязь между активностью заболевания и используемыми психологическими защитами. При обострении заболевания происходит значительный сдвиг от «неадаптивного» к «пограничному» защитному механизму, а именно, снижение «напряженности» механизмов ПЗ «Регрессия» и «Проекция» и повышение выраженности «Реактивных образований».

Следующим этапом работы было изучение взаимосвязи между типами ПЗ и стадиями РА (рисунок 11).

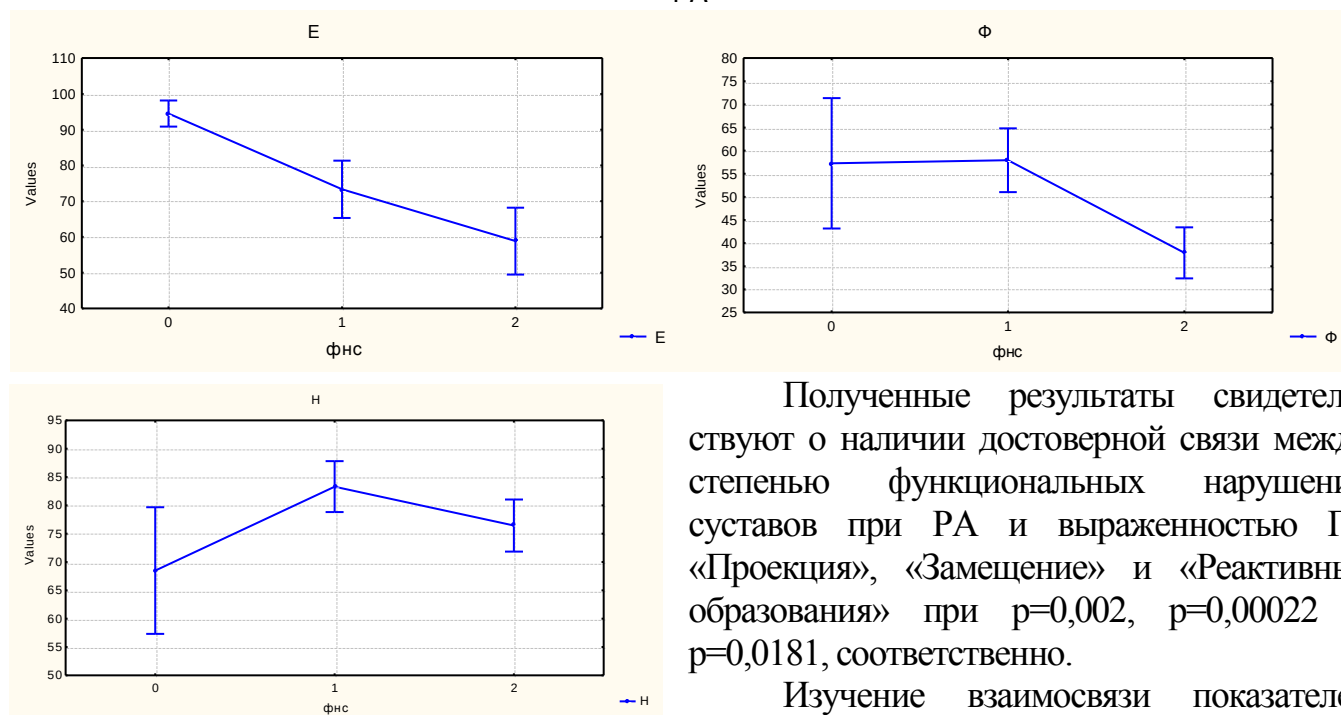
Рисунок 11. Взаимосвязь ПЗ «Проекция» (Е) и стадии РА



Установлена взаимосвязь между выраженностью защитного механизма «Проекция» и стадией РА при $p=0,007$.

Кроме того, было проведено исследование взаимосвязи между степенью функциональных нарушений суставов и механизмами психологической защиты у пациентов с РА (рисунок 12).

Рисунок 12. Взаимосвязь ПЗ «Проекция» (Е) и «Замещение» (F) и «Реактивные образования» (Н) с ФНС при РА



Полученные результаты свидетельствуют о наличии достоверной связи между степенью функциональных нарушений суставов при РА и выраженностью ПЗ «Проекция», «Замещение» и «Реактивные образования» при $p=0,002$, $p=0,00022$ и $p=0,0181$, соответственно.

Изучение взаимосвязи показателей напряженности типов психологических защит в зависимости от возраста пациентов и длительности РА выявило следующие особенности. Согласно полученным данным, возраст больных РА достоверно положительно связан с показателями напряженности механизмов ПЗ «Компенсация» (D) ($r=0,240$ при $p=0,020$) и «Проекция» (E) ($r=0,250$ при $p=0,022$) и отрицательно с ПЗ «Реактивные образования» (H) ($r=-0,243$ при $p=0,021$). Длительность РА достоверно обратно взаимосвязана с ПЗ «Проекция» (E) ($r=-0,289$ при $p=0,006$).

Таблица 6. Показатели взаимосвязи напряженности ПЗ и невротических проявлений у больных РА

	Астения	Депрессия	Тревога	Ипохондрия
A	0,024 $p=0,825$	0,031 $p=0,757$	-0,102 $p=0,339$	0,097 $p=0,361$
B	-0,099 $p=0,354$	-0,112 $p=0,292$	-0,118 $p=0,266$	-0,134 $p=0,208$
C	0,032 $p=0,762$	0,115 $p=0,282$	0,076 $p=0,475$	-0,054 $p=0,614$
D	0,058 $p=0,582$	0,131 $p=0,220$	-0,032 $p=0,765$	0,172 $p=0,106$
E	0,021 $p=0,848$	-0,056 $p=0,602$	-0,152 $p=0,152$	0,043 $p=0,685$
F	-0,327** $p=0,002$	-0,136 $p=0,202$	-0,366* $p=0,001$	-0,197 $p=0,064$
G	0,118 $p=0,269$	0,135 $p=0,206$	-0,005 $p=0,496$	0,209* $p=0,048$
H	0,143 $p=0,179$	0,348** $p=0,001$	0,230* $p=0,029$	0,033 $p=0,757$

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

А – «Отрицание»; В – «Вытеснение»; С – «Регрессия»; D – «Компенсация»; Е – «Проекция»; F – «Замещение»; G – «Интеллектуализация»; Н – «Реактивные образования».

Анализ взаимосвязей типов ПЗ с другими изучаемыми психологическими характеристиками позволили выявить следующие особенности. Данные корреляционного анализа типов ПЗ с показателями уровня невротических проявлений приведены в таблице 6. Из приведенных в таблице данных видно, что механизм ПЗ «Замещение» (F) имеет обратную достоверную взаимосвязь с показателями астении и тревоги. «Интеллектуализация» (G) прямо и достоверно связана с показателем ипохондрии. Тип защиты «Реактивные образования» (H) положительно взаимосвязан с уровнем депрессии и тревоги.

Проведенный анализ распределения по доминирующим типам ПЗ у больных **контрольной группы** выявил, что в большинстве случаев регистрировались «Реактивные образования» - 40% всех случаев, а также такие как «Интеллектуализация» - 20%, «Отрицание» – 11,42%, «Вытеснение» и «Проекция» по 8,75% каждая. Наиболее напряженными у больных ИЗСД оказались «Реактивные образования», «Интеллектуализация» и «Отрицание». Однако в целом, показатели напряженности ПЗ у больных ИЗСД оказалось достоверно ниже, чем у ревматологических пациентов: «Вытеснение», «Компенсация», «Проекция», «Замещение» и «Реактивные образования» ($p < 0,05$).

Таким образом, для больных ревматическими заболеваниями характерно наличие ригидных, неадаптивных бессознательных компенсаторных и защитно-психологических процессов, направленных на снижение или устранение тревоги и дискомфорта, которые могут играть существенную роль в этиопатогенезе невротических расстройств. Очевидна необходимость проведения с такими больными психокоррекционной работы с целью редукции дезадаптивных копинг-стратегий, увеличения частоты использования адаптивных механизмов совладания со стрессом, активного изменения поведения больного для преодоления имеющихся у него проблем, усиления ответственности за успешность своего продуктивного поведения.

Уровень субъективного контроля при ревматической патологии

Важнейшее место в формировании ВКБ и стилей реагирования на болезнь занимает важнейшая интегральная характеристика, определяющая характер личностно-средового взаимодействия - феномен локуса контроля или уровень субъективного контроля (УСК). Это комплекс психологических образований, определяющий меру субъективной чувствительности к патогенным средовым воздействиям, следствием которых, в частности, и является психосоматическое страдание. При возникновении хронического заболевания процессы развития личности предопределяются приоритетностью определенных сфер отношений и мерой индивидуальной ответственности человека за события его жизни. 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 ревматических больных, а также в контрольной группе представлены в таблице 7.

Таблица 7. Сравнительные показатели локуса контроля у ревматологических пациентов и больных ИЗСД

		Ио	Ид	Ин	Ис	Им	Ип	Из
ФМ (n=100)	M m	2,98 0,31	3,08 0,34	3,42 0,30	4,56*** 0,21	4,03** 0,27	3,54 0,25	2,87 0,32
СКВ (n=87)	M m	3,37 0,31	5,11*** 0,31	3,63 0,34	5,37*** 0,34	3,42 0,21	4,84*** 0,25	3,31 0,32
ССД (n=54)	M m	3,48 0,23	4,59** 0,24	4,27 0,22	5,26* 0,25	3,22 0,20	5,77*** 0,18	4,5** 0,28
АС (N=62)	M m	3,40 0,16	4,05** 0,19	3,77 0,19	4,58*** 0,23	2,89*** 0,18	4,75 0,21	3,7 0,20
РА (n=90)	M m	3,27 0,29	3,47 0,31	5,08** 0,35	3,38 0,33	5,42*** 0,29	3,87 0,22	2,87 0,19
ИЗСД (N=35)	M m	5,32*** 0,43	4,72 0,44	4,91** 0,34	5,78* 0,47	3,88** 0,35	5,99* 0,52	5,02* 0,45

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

Ио – шкала общей интернальности; Ид – шкала интернальности в области достижений; Ин – шкала интернальности в области неудач; Ис – шкала интернальности в семейных отношениях; Ип – шкала интернальности в производственных отношениях; Им – шкала интернальности в области межличностных отношений; Из – шкала интернальности в отношении здоровья и болезни.

Как видно из таблицы, у больных ФМ наблюдалось значительное снижение показателей по шкалам общей интернальности (Ио), интернальности в области достижений (Ид) и неудач (Ин), межличностных отношений (Им) и здоровья (Из). Что, в данном случае, указывает на экстернальность установок в отношении этих шкал УСК. Больные СКВ обнаруживают выраженную тенденцию к экстернальности в общей сфере, а также в сферах неудач, производственных отношений, межличностного взаимодействия и особенно в отношении к здоровью. Согласно полученным данным, у больных ССД наблюдались выраженные экстернальные тенденции (снижение уровня субъективного контроля) в общей сфере и в сфере производственных отношений. Больные АС обнаруживают выраженную тенденцию к экстернальности в общей сфере, а также в сферах неудач, производственных отношений и в отношении к здоровью. При РА больные обнаруживают выраженную тенденцию к экстернальности в общей сфере, а также в сферах достижений, семейной сфере, межличностного взаимодействия и особенно в отношении к здоровью.

Роль больного ревматическим заболеванием, усваиваемая в той или иной мере большинством пациентов, и сама симптоматика заболеваний формируют чувство беспомощности, потребность в сочувствии и опеке окружающих, надежду на то, что облегчение состояния явится результатом воздействия внешних факторов (помощи врача), а то и счастливого случая. Эти изменения имеют немалое клиническое значение, утяжеляя клиническую симптоматику и препятствуя осуществлению терапевтических мероприятий. Такой вариант интернальности ведет к снижению мотивации, отказу от активности в преодолении трудностей, возникших в связи ревматическим заболеванием и, в конечном счете, к снижению самооценки. Выявленная деформация мотивационной сферы личности является важным компонентом состояния «обученной беспомощности» [Seligman M., 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 ревматологических больных и ИЗСД показало, что больные ревматической патологией достоверно отличаются значительно более низким уровнем субъективного контроля, чем больные ИЗСД. Возможно, это связано с тем, что больные ИЗСД способны осуществлять и достаточный контроль своего состояния путем самостоятельной коррекции содержания глюкозы в крови.

Отдельные звенья механизмов восприятия и психологической переработки проблемных жизненных ситуаций у обследованных больных в значительной степени могут трансформироваться направленностью локуса контроля. В связи с этим, проведено изучение связей между показателями теста УСК и клиническими особенностями заболеваний, в частности со степенью активности патологического процесса, течением, стадиями и ФНС при ревматических заболеваниях. Следующим шагом было установление взаимосвязи с другими психологическими характеристиками.

Формирование локуса контроля в группах лиц с различной степенью выраженности основных клинических проявлений **фибромиалгии** выявило следующие особенности. Увеличение интенсивности (8-10 баллов по визуальной аналоговой шкале) наиболее патогномичных для ФМ клинических симптомов: боли, скованности, утомляемости и нарушений сна сопровождалось достоверным уменьшением показателей по шкале интернальности в области здоровья (Из). На наш взгляд, возможным объяснением этому может служить волнообразный и неуклонно-прогрессирующий характер течения заболевания, а также неэффективность обычных анальгетических препаратов. В данном случае это может формировать у больных ФМ ощущение неконтролируемости ситуации и, следовательно, чувство беспомощности, ориентируя эту категорию больных в сторону внешнего локуса контроля (экстернальности). При этом пациенты перестают ощущать себя ответственными за свое здоровье, а выздоровление связывают с возложением больших надежд на заботу врачей и их помощь в лечение. Вместе с тем, сильная степень выраженности болевого синдрома и утомляемости (8-10 баллов согласно визуально-аналоговой шкале) оказались достоверно связанными с показателями эмоционального ориентирования интернальности в области достижений (Ид) и неудач (Ин), опосредуя в этих сферах реагирования усиление экстернальных тенденций у больных ФМ. Заметим, что именно эти клинические проявления воспринимаются больными ФМ как наиболее беспокоящие. Таким образом, с усилением болевой симптоматики пациенты склонны утрачивать веру в свои силы и способности к достижению желаемых целей или преодолению негативных ситуаций, а причину всех произошедших с ними событий склонны видеть в действиях других людей или приписывать ее воле случая.

Анализ других шкал теста УСК позволил отметить, что пациенты с ФМ, которые не ощущали выраженной утомляемости и нарушений сна и расценивали их как «слабо выраженные», имели достоверно более высокие показатели в отношении общей интернальности (Ио), в области интернальности производственных (Ип) и межличностных (Им) взаимоотношений. Они в значительно большей степени ощущали себя «хозяевами» своей судьбы, были более ориентированы на успех в производственной сфере, проявляя при этом достаточно развитые способности контролировать свои отношения с другими людьми, вызывать к себе уважение и симпатию. И напротив, экстернальность в области производственных отношений была достоверно ниже в группе лиц, отмечающих сильную

утомляемость и скованность. Таким образом, найденные корреляции между тенденциями УСК и степенью клинической дезадаптации больных ФМ могут быть полезны при выборе индивидуальной тактики реабилитационных мероприятий у данной категории больных.

Определенный интерес может представлять исследование локуса контроля у больных ФМ с различной степенью выраженности невротических проявлений.

Таблица 8. Корреляции показателей шкал теста УСК и уровня невротических расстройств у больных ФМ

	Ио	Ид	Ин	Ис	Ип	Им	Из
Депрессия	-0,352* p=0,004	0,024 p=0,875	0,041 p=0,789	0,235 p=0,119	0,109 p=0,476	-0,043 p=0,779	-0,282* p=0,041
Астения	-0,08 p=0,598	-0,319* p=0,001	-0,207 p=0,172	-0,018 p=0,905	-0,384* p=0,045	-0,146 p=0,338	0,193 p=0,202
Тревога	-0,224 p=0,139	-0,282 p=0,062	0,158 p=0,299	-0,158 p=0,439	0,053 p=0,729	-0,335* p=0,037	0,042 p=0,782
Ипохондрия	-0,254 p=0,09	-0,191 p=0,208	0,138 p=0,366	-0,144 p=0,345	0,125 p=0,411	-0,205 p=0,175	0,264 p=0,078

Примечание: * - $p < 0,05$.

Ио – шкала общей интернальности; Ид – шкала интернальности в области достижений; Ин - шкала интернальности в области неудач; Ис - шкала интернальности в семейных отношениях; Ип - шкала интернальности в производственных отношениях; Им - шкала интернальности в области межличностных отношений; Из - шкала интернальности в отношении здоровья и болезни.

Приведенные в таблице 8 данные позволяют отметить присутствие определенных взаимосвязей между некоторыми невротическими проявлениями ФМ и ситуативными установками УСК. Так, повышение по шкале «депрессия» (>6 баллов) сопровождалось достоверным снижением показателей в отношении здоровья ($1,76 \pm 0,27$) и общей интернальности ($1,96 \pm 0,24$). Вместе с тем, клинически выраженная астения (>6 баллов) сопровождалась достоверно значимым уменьшением интернальности в области достижений ($2,14 \pm 0,27$) и производственных отношений ($3,12 \pm 0,29$), что в целом может отражать пассивный характер реагирования в отношении отмеченных сторон личностного и социального функционирования. Кроме этого, с повышением уровня тревожности у пациентов наблюдалось достоверное уменьшение значений показателей по шкале межличностных взаимоотношений ($2,71 \pm 0,22$). Согласно мнению некоторых авторов, неспособность личности в полной мере осуществлять контроль над значимой для неё ситуацией провоцирует развитие неопределенности и обеспокоенности пациентов по этому поводу, и вместе с этим рост эмоционального напряжения и тревоги. Полученные результаты подтверждаются данными корреляционного анализа, обнаружившего наличие умеренных обратных корреляций между изучаемыми психологическими характеристиками.

Далее приводятся данные корреляционной матрицы между уровнем субъективного контроля (локус контроля) и напряженностью используемых защит у больных ФМ.

Таблица 9. Показатели корреляций шкал теста УСК и напряженности психологических защит у больных ФМ

	A	B	C	D	E	F	G	H
Ио	-0,158 p=0,298	-0,224 p=0,138	-0,236 p=0,118	0,114 p=0,453	-0,326* p=0,029	-0,322 p=0,051	0,074 p=0,625	-0,211 p=0,165
Ид	-0,142 p=0,351	0,054 p=0,72	-0,137 p=0,368	-0,157 p=0,301	-0,258 p=0,086	-0,252 p=0,094	-0,107 p=0,484	-0,117 p=0,441
Ин	-0,065 p=0,671	-0,171 p=0,259	-0,244 p=0,106	0,186 p=0,219	-0,023 p=0,88	0,077 p=0,613	0,243 p=0,108	0,018 p=0,905
Ис	0,010 p=0,947	0,048 p=0,752	0,066 p=0,666	-0,028 p=0,852	-0,233 p=0,125	-0,157 p=0,302	-0,08 p=0,582	0,014 p=0,925
Ип	-0,187 p=0,232	0,166 p=0,277	-0,128 p=0,399	0,027 p=0,857	-0,084 p=0,584	-0,188 p=0,215	0,023 p=0,878	0,088 p=0,565
Им	-0,157 p=0,299	-0,196 p=0,195	-0,336* p=0,044	-0,163 p=0,287	-0,415* p=0,005	-0,192 p=0,205	-0,128 p=0,40	-0,160 p=0,295
Из	-0,259 p=0,086	-0,04 p=0,794	-0,311* p=0,03	0,348 p=0,059	-0,326 p=0,432	-0,352* p=0,017	-0,107 p=0,482	-0,175 p=0,249

Примечание: *- p<0,05.

A – «Отрицание»; B – «Вытеснение»; C – «Регрессия»; D – «Компенсация»; E – «Проекция»; F – «Замещение»; G – «Интеллектуализация»; H – «Реактивные образования».

Из данных таблицы 9 следует, что были обнаружены значимые корреляционные взаимосвязи напряженности использования некоторых типов психологических защит (C, E, F) со шкалами общей интернальности (Ио), интернальности в области здоровья (Из) и межличностных отношений (Им). Так ПЗ «Регрессия» (C) ($r=-0,311$) и «Замещение» (F) ($r=-0,352$) обратно умеренно коррелировали с экстернальным локусом контроля в области здоровья (Из). «Регрессия» ($r=-0,044$) и «Замещение» ($r=-0,005$) обратно умеренно коррелировали с локусом контроля в сфере межличностных взаимоотношений (Им), а «Проекция» ($r=-0,029$) с общей интернальностью (Ио).

Схожие стратегии прослеживаются в системе формирования межличностных отношений (Им), где наряду с «Регрессией» ($r=-0,336$ при $p=0,044$) другим защитно-компенсаторным механизмом выступает «Проекция» ($r=-0,415$ при $p=0,05$) – бессознательное перенесение собственных неприемлемых чувств и влечений на окружающих. С одной стороны «Проекция» в известной степени упрощает поведение, исключая необходимость всякий раз оценивать собственные поступки, тем самым освобождая человека от тревоги, чувства вины и принося облегчение. С другой стороны, данный вид ПЗ всегда сопряжен с дисгармонией межличностных взаимоотношений. В качестве дальнейшей защиты от тревоги человек может реагировать враждебным и агрессивным поведением, отчуждением, вызывая по отношению к себе сходные ответные чувства. Таким образом, психологический защитный механизм «Проекция» может явиться причиной порочного круга защитных реакций в системе межличностных взаимоотношений у больных ФМ.

При попарном сравнении групп больных **системной красной волчанкой** (мужчины и женщины; степень активности заболевания – I, II и III) удалось установить следующие достоверные различия между характеристиками локуса контроля: мужчины более интернальны ($p < 0,05$) в производственной сфере, чем женщины. Кроме того, наблюдалось достоверное смещение локуса контроля в экстернальную сторону в отношении здоровья при повышении степени активности заболевания. При анализе показателей интернальности в микрогруппах больных СКВ с высоким уровнем невротизации отмечено, что по мере повышения уровня депрессии снижаются показатели общей интернальности I_o ($2,42 \pm 0,24$ при $p < 0,05$), интернальности в отношении достижений I_d ($3,53 \pm 0,23$ при $p < 0,05$) и интернальности в области межличностных отношений I_m ($3,36 \pm 0,26$ при $p < 0,05$). Также при высоком уровне тревоги наблюдаются более низкие показатели I_m ($3,87 \pm 0,27$ при $p < 0,05$). 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.

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. Локус контроля, в частности общая интернальность, интернальность в сфере достижений и межличностном взаимодействии связан отрицательно с уровнем депрессии и ($r = -0,59$; $r = -0,57$ и $r = -0,53$ соответственно; при $p = 0,007$; $p = 0,011$ и $p = 0,019$ 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 стороны, 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 интернальностью в межличностном взаимодействии ($r = -0,62$; при $p = 0,005$). По-видимому, контакты с ближайшим социальным окружением в условиях заболевания формируют одну из сторон тревожности. В свою очередь, повышенный уровень тревоги порождает экстернальные 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 интернальности в производственной сфере и напряженностью защиты типа «Реактивные образования» (Н). Другой установленной особенностью является отрицательная корреляция, во-первых, между показателями напряженности психологической защиты типа Е («Проекция») и интернальности общей, в области достижений и семейных отношений и, во-вторых, показателями ПЗ типа В («Подавление») и интернальности в сфере неудач и семейных отношений, а также напряженности механизма ПЗ типа С («Регрессии») и интернальности в межличностных отношениях.

Рассмотрение показателей уровня субъективного контроля в группах больных **системной склеродермией** с различной степенью активности свидетельствует о значительном достоверном снижении показателей у больных с III степенью активности в общей сфере (Ио $1,92 \pm 0,18$), в сфере неудач (Ин $2,80 \pm 0,23$) и здоровья (Из $2,6 \pm 0,24$). Это позволяет указать на экстернальность установок у больных ССД в отношении этих шкал УСК. При анализе показателей уровня субъективного контроля в подгруппах больных ССД с высоким уровнем невротизации отмечено, что по мере усиления депрессивных ($r = -0,386$, $p = 0,045$), тревожных ($r = -0,513$, $p = 0,003$) и ипохондрических проявлений ($r = -0,320$, $p = 0,02$) показатели по шкале интернальности в отношении здоровья (Из) достоверно снижались, опосредуя формирование экстернальных установок в отношении этой сферы. Показатели выраженности астении ($r = -0,405$, $p = 0,019$) и ипохондрии ($r = -0,582$, $p = 0,002$) обратно коррелировали с общей интернальностью (Ио). Также при высоком уровне тревоги ($r = -0,461$, $p = 0,009$) и ипохондрии ($r = -0,728$, $p = 0,001$) наблюдаются более низкие показатели интернальности межличностных отношений (Им). По мере усиления ипохондрической симптоматики наблюдалось снижение интернальности в сферах неудач (Ин, $r = -0,635$, $p = 0,032$) и семейных отношений (Ис, $r = -0,555$, $p = 0,001$) ($p < 0,05$). Проведенный корреляционный анализ показал, что между этими показателями существует умеренная обратная корреляционная связь.

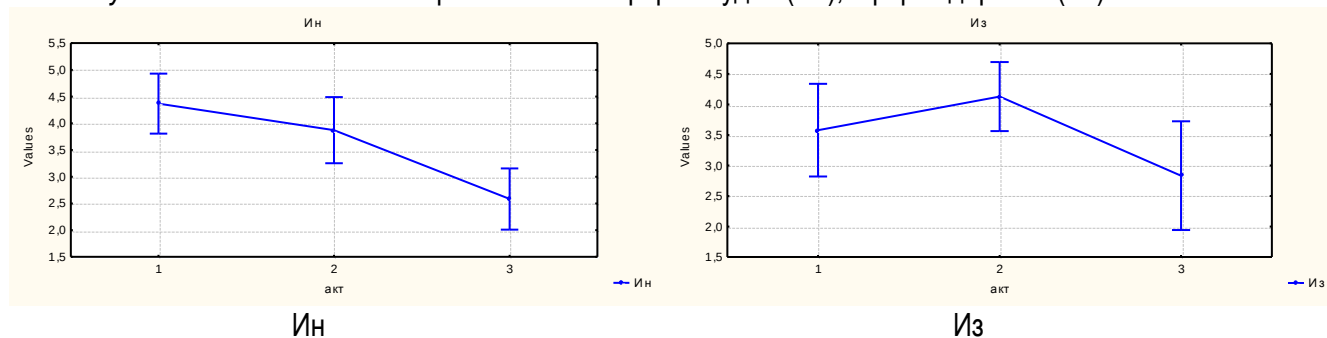
Таким образом, усиление невротических симптомов заболевания способствует формированию экстернальных тенденций уровня субъективного контроля у больных ССД, что позволяет предположить, что в структуре и иерархии источников депрессии, тревоги и ипохондрии общим звеном, занимающим одно из центральных мест, выступает беспокойство по поводу состояния здоровья в связи с опосредованным фактом имеющегося заболевания.

Следует также отметить, что вышеперечисленные сферы УСК (Ио, Из, Им) в различной мере отрицательно коррелировали с активностью и течением ССД. Так, активность ССД была обратно взаимосвязана с интернальностью в общей сфере ($r = -0,252$, $p = 0,046$) и сфере здоровья ($r = -0,470$, $p = 0,027$), а течение ССД - с интернальностью в области межличностных взаимоотношений ($r = -0,227$, $p = 0,046$).

Изучение взаимосвязи между типами психологической защиты и уровнем субъективного контроля у больных ССД показало, что показатели общей интернальности обратно коррелировали с ПЗ «Вытеснение» ($r = -0,44$, $p = 0,001$), «Регрессия» ($r = -0,402$, $p = 0,003$), «Проекция» ($r = -0,353$, $p = 0,009$) и «Реактивные образования» ($r = -0,42$, $p = 0,002$). ПЗ «Регрессия» ($r = -0,305$, $p = 0,025$) и «Реактивные образования» ($r = -0,313$, $p = 0,021$) отрицательно коррелировали с интернальностью в отношении здоровья.

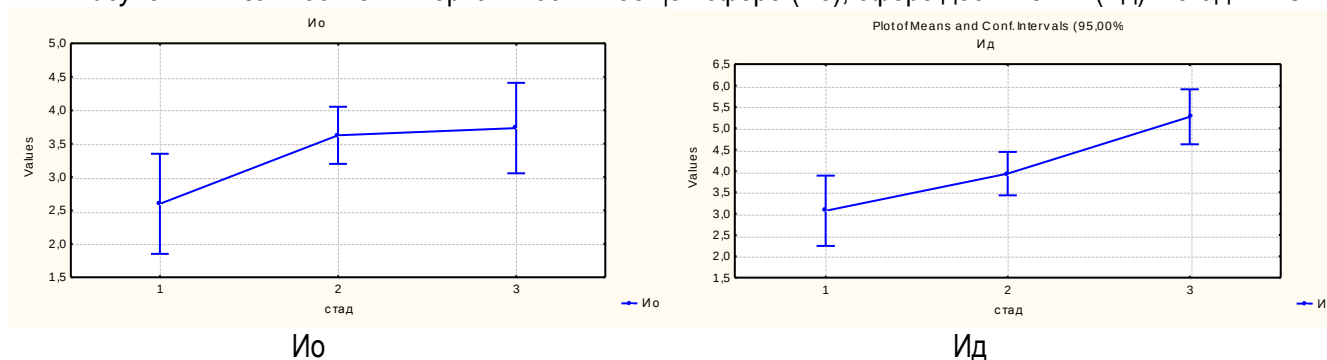
Для уточнения возможных различий проведено определение показателей теста УСК в различных группах больных **анкилозирующим спондилитом**, и в первую очередь различающихся по степени активности и стадии заболевания (рисунки 13 и 14). Полученные результаты свидетельствуют о наличии достоверной связи между показателями уровня субъективного контроля по шкалам неудач (Ин), здоровья (Из) (при $p = 0,0043$ и $p = 0,047$, соответственно) и активностью заболевания.

Рисунок 13. Взаимосвязь интернальности в сфере неудач (И_н), сфере здоровья (И_з) и активности АС



Возможно, с повышением активности заболевания и ухудшением самочувствия у пациентов с АС нарастает ощущение безысходности, безнадежности. Возникает убеждение в неэффективности собственных попыток совладать со сложившейся ситуацией в связи со своим заболеванием, а также тенденция возлагать ответственность за испытываемые страдания, неудачи и неприятности на окружающих людей или считать их результатом невезения.

Рисунок 14. Взаимосвязь интернальности в общей сфере (И_о), сфере достижений (И_д) и стадии АС



В то же время отмечается наличие достоверной связи между стадией заболевания и показателями уровня субъективного контроля по шкалам общей интернальности (И_о), в сфере достижений (И_д) при $p=0,0193$ и $p=0,0002$ (соответственно). Можно предположить, что данные результаты отчасти вызваны гендерными особенностями исследованной группы пациентов, подавляющее большинство которых составили мужчины и, по-видимому, отражает характерную черту изучаемой нозологии.

Кроме того, при анализе показателей уровня субъективного контроля в подгруппах больных АС, различающихся по возрасту и длительности заболевания, было отмечено, что возраст больных достоверно связан с показателями общей интернальности ($r=0,335$ при $p=0,008$), интернальности в отношении достижений ($r=0,426$ при $p=0,001$), неудач ($r=0,307$ при $p=0,015$), семейных ($r=0,31$ при $p=0,014$) и производственных отношений ($r=0,277$ при $p=0,029$). А с увеличением продолжительности АС достоверно повышаются показатели уровня субъективного контроля по шкалам И_о ($r=0,261$ при $p=0,040$), И_д ($r=0,466$ при $p=0,001$) и И_п ($r=0,253$ при $p=0,048$). Возможно, при успешной реабилитации происходит адаптация больных АС к своему измененному статусу и это находит отражение в повышении уровня субъективного контроля.

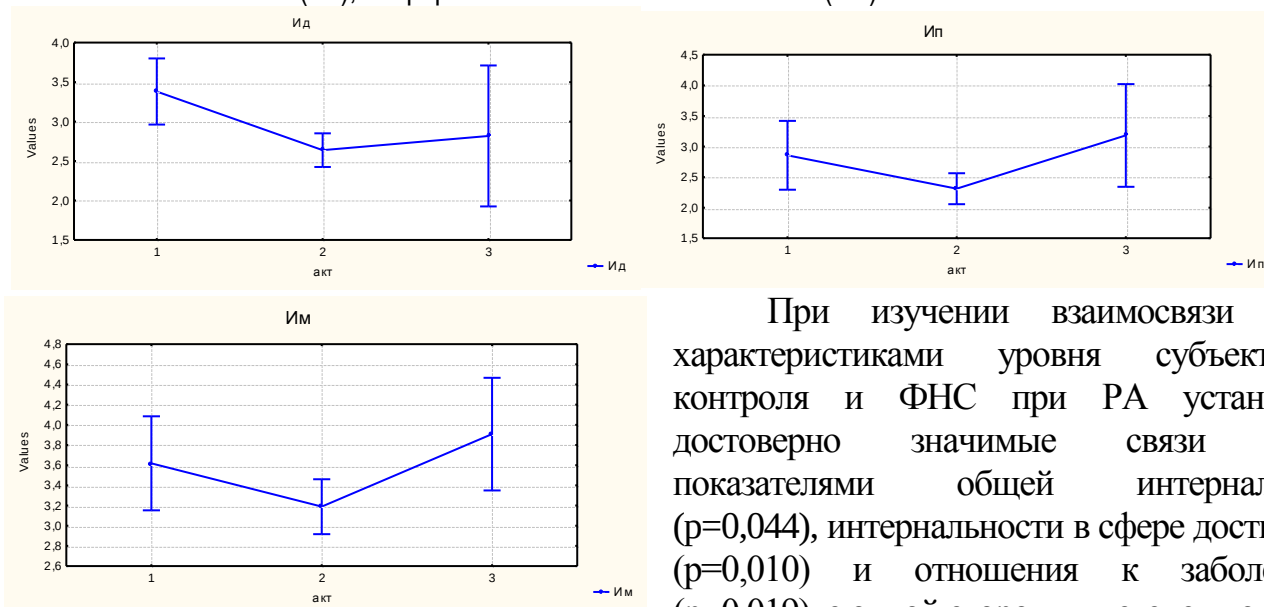
Изучение взаимосвязи между типами ПЗ и уровнем субъективного контроля установило положительную связь между «Отрицанием» (А) и показателем интернальности в сфере межличностных отношений ($r=0,308$ при $p=0,015$). Другой установленной

особенностью является отрицательная корреляция, во-первых, между показателями напряженности ПЗ типа «Вытеснение» (В) и интернальностью в отношении заболевания ($r=-0,268$ при $p=0,035$), во-вторых, достоверной положительной зависимостью этого механизма и уровнем субъективного контроля в области семейных отношений ($r=0,248$ при $p=0,045$). «Компенсация» (D) обратно взаимосвязана с общей интернальностью ($r=-0,29$ при $p=0,022$) и интернальностью в сфере неудач $r=-0,296$ при $p=0,02$). Один из доминирующих механизмов ПЗ «Проекция» (Е) прямо и достоверно связан с интернальностью в отношении заболевания ($r=0,359$ при $p=0,004$). «Замещение» (F) положительно взаимосвязано с уровнем субъективного контроля в отношении достижений ($r=0,242$ при $p=0,048$), а наиболее часто используемый больными механизм ПЗ «Интеллектуализация» имеет достоверную отрицательную взаимосвязь с показателями интернальности в отношении достижений ($r=-0,395$ при $p=0,002$) и семейной сфере ($r=-0,353$ при $p=0,005$) и положительно связан с интернальностью в отношении заболевания ($r=0,254$ при $p=0,047$).

Больные **ревматоидным артритом** обнаруживают выраженную тенденцию к экстернальности в общей сфере ($3,27\pm0,29$), а также в сферах достижений ($3,47\pm0,31$), семейной сфере ($3,38\pm0,33$), межличностного взаимодействия ($3,87\pm0,22$) и в отношении к заболеванию ($2,87\pm0,19$). Такие особенности ведут к снижению мотивации, отказу от активности в преодолении трудностей (возникших в связи с РА) и, в конечном счете, к снижению самооценки.

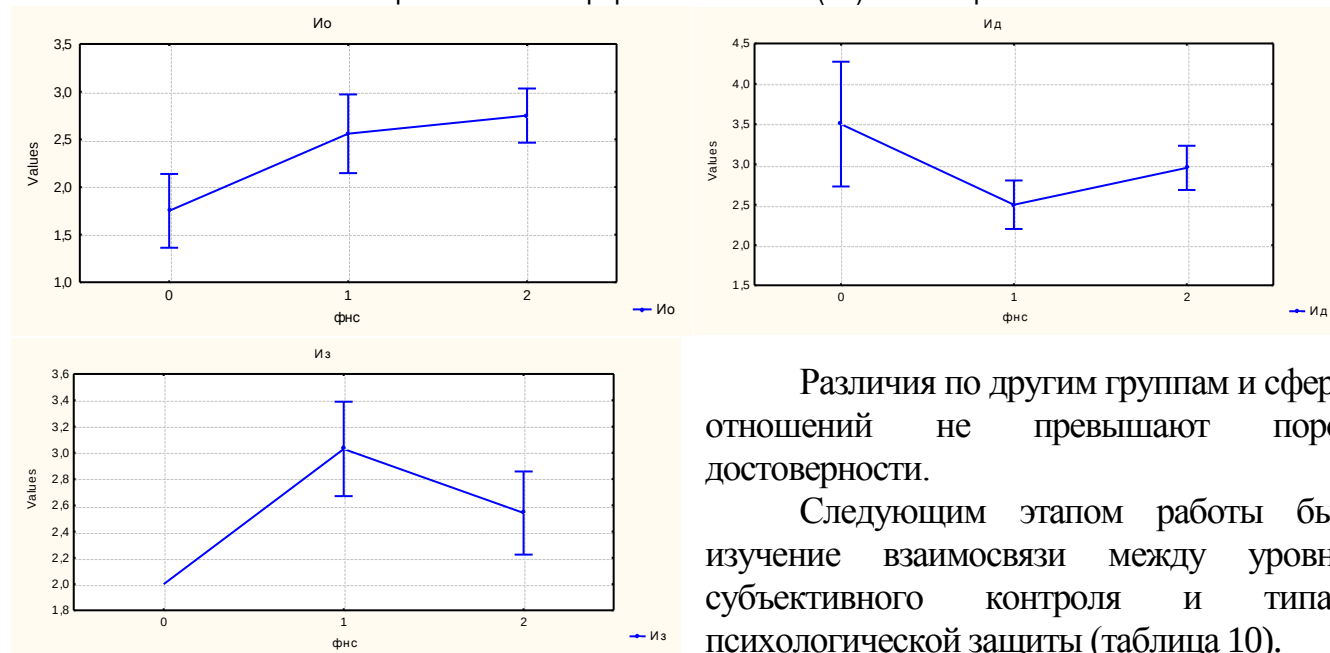
При исследовании взаимосвязи характеристик локуса контроля и степени активности РА удалось установить следующие достоверные различия (рисунок 15): смещение локуса контроля в экстернальную сторону в сфере достижений при повышении степени активности заболевания ($p=0,026$). Кроме того, наблюдалось достоверное повышение показателя интернальности в производственной сфере ($p=0,016$) и сфере межличностного взаимодействия ($p=0,048$) при повышении активности заболевания.

Рисунок 15. Взаимосвязь интернальности в сфере достижений (Ид), в сфере производственных отношений (Ип), в сфере межличностных отношений (Им) и активности РА



При изучении взаимосвязи между характеристиками уровня субъективного контроля и ФНС при РА установлены достоверно значимые связи между показателями общей интернальности ($p=0,044$), интернальности в сфере достижений ($p=0,010$) и отношения к заболеванию ($p=0,019$), с одной стороны, и степенью ФНС, с другой (рисунок 16).

Рисунок 16. Взаимосвязь общей интернальности (Ио), интернальности в сфере достижений (Ид), интернальности в сфере заболевания (Из) и ФНС при РА



Различия по другим группам и сферам отношений не превышают порога достоверности.

Следующим этапом работы было изучение взаимосвязи между уровнем субъективного контроля и типами психологической защиты (таблица 10).

Таблица 10. Корреляции психологических защит и направленности локуса контроля у больных РА

	Ио	Ид	Ин	Ис	Ип	Им	Из
A	0,118 p=0,267	0,114 p=0,286	0,097 p=0,364	-0,074 p=0,488	-0,130 p=0,222	-0,128 p=0,230	0,196 p=0,065
B	-0,042 p=0,694	-0,046 p=0,666	0,045 p=0,677	-0,020 p=0,866	0,303** p=0,004	0,079 p=0,460	0,159 p=0,135
C	0,223* p=0,035	0,043 p=0,687	0,111 p=0,299	0,185 p=0,082	-0,075 p=0,482	0,129 p=0,227	0,036 p=0,737
D	-0,015 p=0,886	-0,101 p=0,344	-0,144 p=0,176	-0,281** p=0,007	0,051 p=0,632	-0,138 p=0,195	-0,005 p=0,965
E	0,038 p=0,726	0,110 p=0,304	0,057 p=0,597	0,038 p=0,720	-0,038 p=0,999	0,070 p=0,511	0,093 p=0,382
F	0,087 p=0,417	-0,159 p=0,134	0,183 p=0,085	0,016 p=0,881	0,380** p=0,001	0,062 p=0,559	0,164 p=0,123
G	0,142 p=0,181	0,119 p=0,266	0,055 p=0,608	0,139 p=0,192	-0,021 p=0,846	-0,063 p=0,555	0,015 p=0,888
H	0,162 p=0,127	-0,122 p=0,253	0,190 p=0,073	0,031 p=0,769	0,271 p=0,010	0,137 p=0,198	0,290** p=0,006

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

A – «Отрицание»; B – «Вытеснение»; C – «Регрессия»; D – «Компенсация»; E – «Проекция»; F – «Замещение»; G – «Интеллектуализация»; H – «Реактивные образования».

Ио – шкала общей интернальности; Ид – шкала интернальности в области достижений; Ин – шкала интернальности в области неудач; Ис – шкала интернальности в семейных отношениях; Ип – шкала интернальности в производственных отношениях; Им – шкала интернальности в области межличностных отношений; Из – шкала интернальности в отношении здоровья и болезни.

Отметим положительную связь между напряженностью защиты типа «Подавление» (В) и показателем интернальности в сфере производственных отношений ($p=0,004$), ПЗ «Регрессия» и общей интернальностью ($p=0,035$), «Замещением» (F) и интернальностью в сфере производственных отношений ($p=0,001$). «Реактивные образования» также достоверно и прямо связаны с интернальностью в отношении заболевания ($p=0,006$). Другой установленной особенностью является отрицательная корреляция между показателями напряженности психологической защиты типа «Компенсация» и уровнем субъективного контроля в области семейных отношений ($p=0,007$).

Таким образом, характеристики локуса контроля у больных РА могут в значительной степени предопределять особенности формирования внутренней картины болезни и выбор индивидуальных стратегий поведения. Именно этот показатель представляет собой непосредственную «мишень» для воздействия метода БОС терапии.

Особенностью больных **инсулинзависимым сахарным диабетом** является существенно более высокий уровень локуса контроля в отношении общей интернальности (Ио), семейных (Ис) и межличностных взаимоотношений (Им), а также здоровья (Из). Обращают на себя внимание и более высокие абсолютные показатели шкалы достижений (Ид) в контрольной группе больных. Обнаруженные тенденции отражают присутствие у этой категории больных высокого уровня ответственности в отношении происходящих с ними событий, веры в свои силы и возможности совладания с ситуациями различного плана. На наш взгляд, разность полученных результатов в исследуемых группах пациентов можно объяснить достаточной информированностью больных ИЗСД в отношении своего заболевания (обучение в «школах для диабетиков»), где больные получают информацию, приводящую к более глубокому пониманию заболевания, своевременного самостоятельного введения инсулина, что может предрасполагать к развитию ощущения контролируемости ситуации в отношении своего заболевания и связанных с ним событий.

Терапия с использованием функционального биоуправления с биологической обратной связью у больных РА

Прежде всего, мы посчитали необходимым оценить **клиническую эффективность** данного метода в комплексном лечении больных РА с учетом критериев эффективности ACR (таблица 11) и DAS 28 (рисунок 17). Были получены следующие результаты.

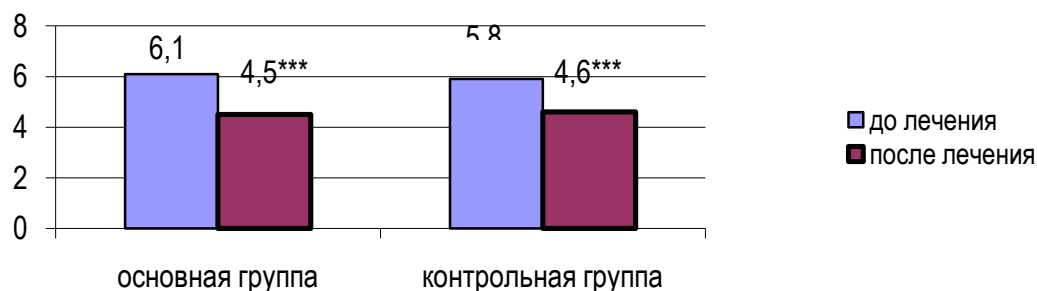
Таблица 11. Оценка эффективности лечения больных РА с помощью критерия ACR

Оцениваемый параметр	Основная группа (n=60)	Контрольная группа (n=30)	Достоверность (χ^2 , p)
ACR 20	39 (65%)	13 (43,3%)	$\chi^2=4,12$, $p=0,04^*$
ACR 50	12 (20%)	5 (16,6%)	$\chi^2=0,09$, $p=0,76$
ACR 70	-	-	-

Примечание: * - $p < 0,05$.

На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что эффективность терапии по критериям ACR 20 в основной группе больных РА была достоверно выше, чем в контрольной группе.

Рисунок 17. Оценка эффективности лечения больных РА с помощью критерия DAS 28



Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$.

В то же время, у пациентов обеих групп достоверно изменялся индекс DAS 28 (при $p < 0,001$), но в основной группе эти изменения соответствовали 1,6 баллам, а в контрольной – 1,2, что соответствует умеренному эффекту от проводимой терапии. Итак, по совокупности оцениваемых показателей полученные данные свидетельствуют о том, что результаты лечения были существенно лучшими в основной группе больных РА.

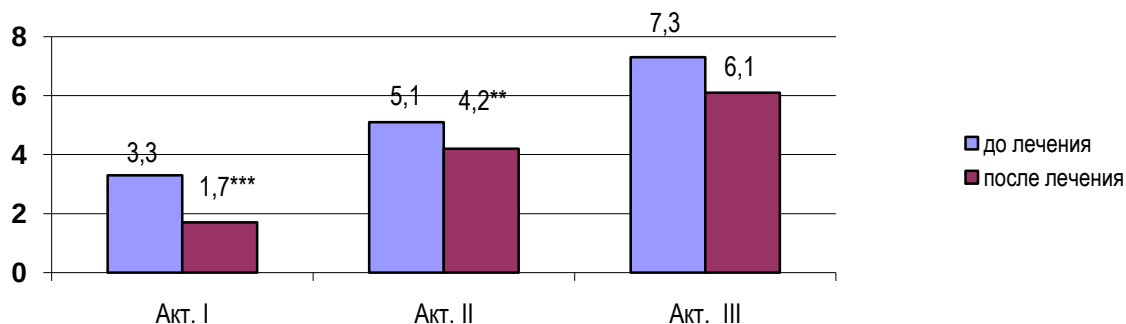
При оценке эффективности БОС терапии в зависимости от степени активности заболевания были получены следующие результаты (таблица 12 и рисунок 18).

Таблица 12. Оценка эффективности лечения больных РА с помощью критерия ACR

Оцениваемый параметр	I степень активности (n=12)	II степень активности (n=39)	III степень активности (n=9)
	(абсолютное значение и процент)		
ACR 20	6 (50%)	28 (71,8%)	5 (55,5%)
ACR 50	6 (50%)	6 (15,3%)	-
ACR 70	-	-	-

На основании полученных результатов можно сделать вывод о том, что эффективность комбинированной терапии по критериям ACR выше у пациентов с I и II степенью активности РА. Однако ACR 50 достоверно чаще встречается при I степени РА ($\chi^2=4,09$ при $p=0,043$).

Рисунок 18. Оценка эффективности лечения больных РА с помощью критерия DAS 28 в зависимости от степени активности заболевания



Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$.

В то же время, у пациентов с I степенью активности РА, согласно критерию DAS 28, изменения которого соответствовали 1,6 баллов, наблюдался хороший эффект от

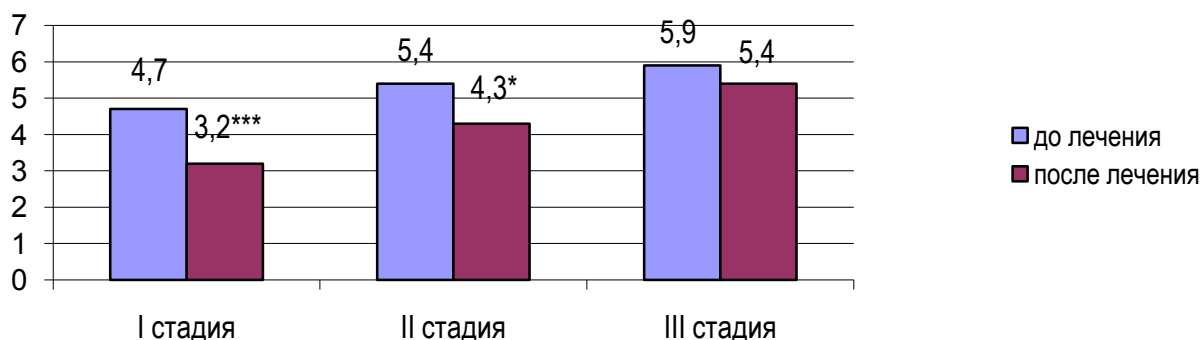
проводимой терапии, в группе больных со II степенью активности РА эти изменения соответствовали 0,9 баллам (умеренный эффект), а с III степенью – 1,2, что соответствует отсутствию эффекта. Полученные данные по совокупности оцениваемых показателей свидетельствуют о том, что результаты лечения были существенно лучшими в группе больных РА с I и II степенью активности РА.

Нами также была проанализирована эффективность БОС терапии в комплексном лечении больных РА в зависимости от рентгенологической стадии заболевания (таблица 13 и рисунок 19).

Таблица 13. Оценка эффективности лечения больных РА с помощью критерия ACR

Оцениваемый параметр	I стадия (n=16)	II стадия (n=14)	III стадия (n=30)
	абсолютное значение и процент		
ACR 20	9 (56,25%)	9 (64,28%)	21 (70%)
ACR 50	7 (43,75%)	5 (35,72%)	-
ACR 70	-	-	-

Рисунок 19. Оценка эффективности лечения больных РА с помощью критерия DAS 28

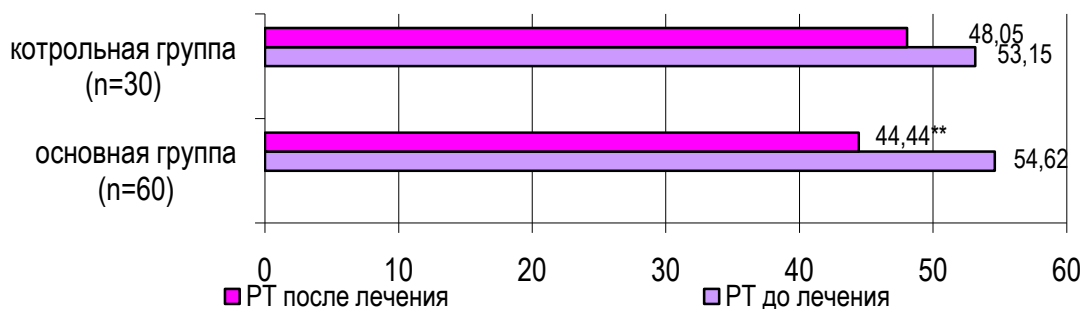


Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$

В то же время, у пациентов с I стадией РА, согласно критерию DAS 28, изменения которого соответствовали 1,5 баллов при $p < 0,001$, наблюдался хороший эффект от проводимой терапии, в группе больных со II стадией РА эти изменения соответствовали 1,1 баллам ($p < 0,05$), а с III – 0,5, что соответствует отсутствию эффекта. Подобный результат можно объяснить тем, что данные стадии прогрессирования ревматоидного процесса сопровождаются развитием необратимых органических повреждений суставного аппарата, которые приводят к относительной стабильности многих изученных критериев эффективности терапии.

В результате проведенных исследований **психологического статуса** было установлено, что больные РА характеризовались повышенным уровнем реактивной тревоги (54,02 балла). В процессе лечения указанные показатели имели тенденцию к снижению, однако эта динамика была достоверной только у больных основной группы (РТ при $p < 0,001$) (рисунок 20).

Рисунок 20. Изменение показателей реактивной тревожности (РТ) в процессе БОС терапии у больных РА

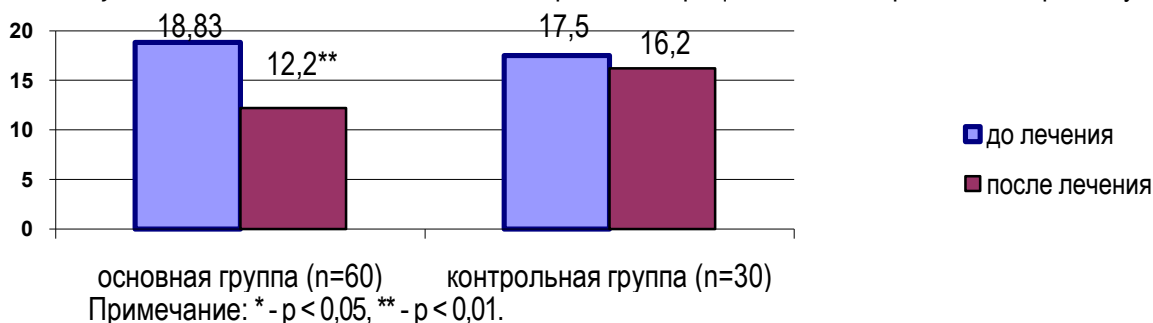


Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$.

Исследование с помощью опросника Бека установило наличие у пациентов с РА умеренно выраженной депрессии. Клиническая картина последней характеризуется снижением настроения, постоянным чувством печали, грусти с эпизодами тревоги, связанной с обострением соматического заболевания. Наряду с этим, может наблюдаться и психомоторная заторможенность, слабость концентрации внимания с рассеянностью, забывчивостью, неспособностью сосредоточиться. Вероятно, тяжесть соматического состояния, нарастающий болевой синдром приводят к развитию выраженного тревожно-депрессивного расстройства.

В процессе лечения указанные показатели имели тенденцию к снижению, однако эта динамика была статистически достоверной только у больных основной группы ($p < 0,05$) (рисунок 21).

Рисунок 21. Изменение показателей депрессии в процессе комбинированной терапии у больных РА



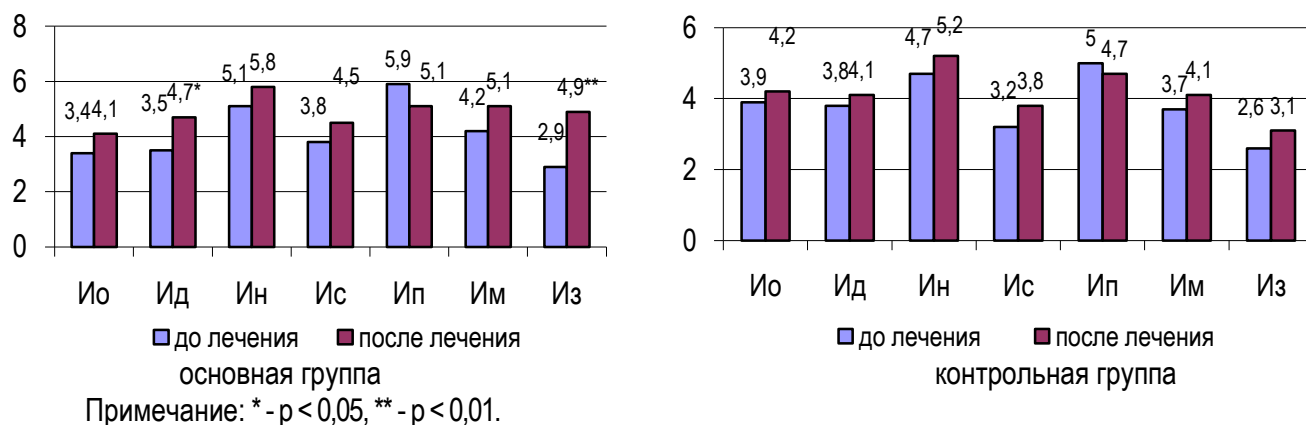
Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$.

Таким образом, под воздействием БОС терапии происходит достоверное снижение уровня реактивной тревоги и депрессии у пациентов с РА.

Качество личностно-средового взаимодействия определяет интегративная характеристика локус контроль или уровень субъективного контроля. Это комплекс психологических образований, определяющий меру субъективной чувствительности к патогенным средовым воздействиям, следствием которых, в частности, и является психосоматическое страдание. При возникновении хронического заболевания процессы развития личности предопределяются приоритетностью определенных сфер отношений и мерой индивидуальной ответственности человека за события его жизни.

При проведении анализа эффективности применения БОС терапии рассчитывались показатели уровня субъективного контроля в динамике в основной и контрольной группах (рисунок 22).

Рисунок 22. Показатели УСК у больных РА основной и контрольной групп до и после лечения



Полученные результаты свидетельствуют о том, что у пациентов основной группы после проведения БОС терапии наблюдалась достоверная выраженная тенденция к интернальности (повышению баллов) по шкалам в сфере достижений и отношения к заболеванию. В группе больных, получавших традиционную терапию, результаты оценки показателей УСК сходны, однако недостоверны. Это также подтверждает данные об эффективности БОС терапии.

Таким образом, знание индивидуальных особенностей личности пациентов с РА, связанных с уровнем и направленностью уровня субъективного контроля, совершенно необходимо и значимо. Более того, можно сделать предположение, что воздействие метода БОС терапии связано именно с переориентацией экстернального локуса контроля на интернальный, который рассматривается как компонент личностной зрелости. С помощью БОС терапии пациенты обретают ощущение контролируемости симптомов своего заболевания, строже придерживаются лечебного режима, принимают на себя ответственность за заботу о состоянии своего здоровья. Возможно, именно этот аспект приводит к более эффективным результатам терапевтического процесса.

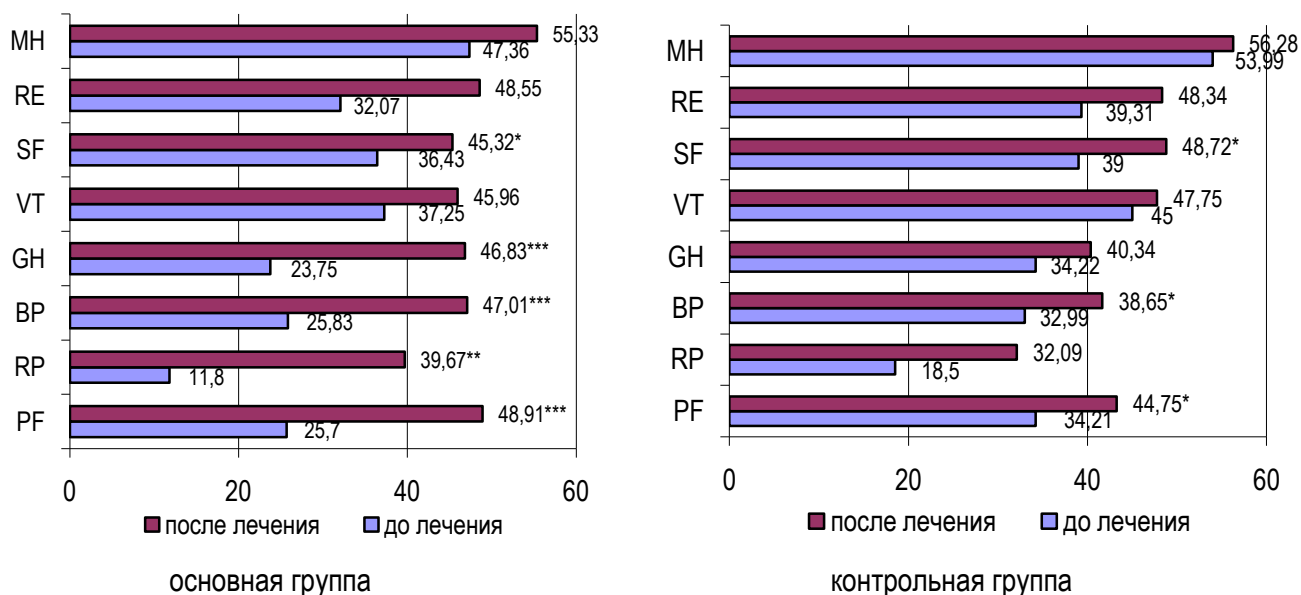
Итак, основываясь на полученные данные нашей работы, можно говорить о высокой клинко-психологической эффективности метода БОС терапии в составе комплексного лечения больных РА.

Предполагается, что применение БОС терапии способствует уменьшению рефлекторных мышечно-тонических синдромов, улучшению микроциркуляции, мозгового и периферического кровотока, коррекции психоэмоционального состояния, мобилизации волевого потенциала и повышению самооценки пациентов. Процесс БОС терапии характеризуется активным и сознательным участием субъекта, его стремлением к саморегуляции и самоконтролю. Некоторые авторы указывают, что механизмы терапевтического эффекта БОС терапии следует искать не только в изменениях, касающихся физиологических систем. Одним из вероятных механизмов воздействия является познавательный эффект от переживания БОС, обучение навыкам самоконтроля, которого, по мнению больных, у них никогда раньше не было. Поэтому не степень физиологического изменения выступает в качестве критической величины, а степень веры пациента в свои возможности осуществлять контроль над симптомами болезни.

Следующим этапом нашего исследования явилось изучение влияния данного метода терапии на **качество жизни** пациентов с РА (рисунок 23).

Полученные результаты указывают на то, что у пациентов основной группы наблюдалось достоверное повышение как показателей физического, так и психологического здоровья. В группе больных, получавших традиционную терапию, результаты оценки показателей физического и психологического здоровья сходны, однако достоверны изменения меньшего количества показателей.

Рисунок 23. Показатели качества жизни больных РА до и после лечения



Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$;

PF - физическое функционирование, RP - ролевое физическое функционирование, BP - соматическая боль, GH - общее состояние здоровья, VT – жизнеспособность, SF - социальное функционирование, RE - ролевое эмоциональное функционирование, MH - психологическое здоровье.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у пациентов основной группы наблюдалось достоверное улучшение как показателей физического, так и психологического здоровья. В группе больных, получавших традиционную терапию, результаты оценки показателей физического и психологического здоровья сходны, однако достоверны изменения меньшего количества показателей.

Кроме того, две шкалы - ролевое физическое (RP) и ролевое эмоциональное (RE) функционирование – указывающие на выраженность проблем на работе и при выполнении ежедневных обязанностей в связи с состоянием физического и психологического здоровья, изменились более чем на 40%. Это говорит о том, что на фоне применения данного метода терапии у больных значительно улучшилось эмоциональное состояние и состояние физического здоровья при выполнении повседневных и профессиональных обязанностей. Это также подтверждает данные о высокой эффективности БОС терапии.

При анализе полученных данных мы пришли к заключению о том, что БОС терапию можно считать особенно показанной у больных РА при наличии значительных психоэмоциональных нарушений и невротических расстройств. В этих случаях БОС терапия оказывает лучшие результаты.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой эффективности использования метода БОС терапии в комплексном лечении больных РА, положительном влиянии на психологические нарушения и показатели качества жизни.

Использование БОС терапии в комплексном лечении больных РА позволяет существенно улучшить результаты терапии этого заболевания и может быть рекомендовано для широкого использования в ревматологической практике.

ВЫВОДЫ

1. Исследование психологического статуса больных ревматическими заболеваниями позволило выявить высокий уровень коморбидных невротических расстройств, представленных в основном тревожно-депрессивными нарушениями, которые оказывают дополнительное негативное влияние на физическое, социальное и психическое функционирование пациентов. Высокий уровень тревоги, депрессии, астении характерен для больных с ФМ и СКВ; астении, тревоги и ипохондрии – для больных ССД; тревоги и депрессии – для больных АС и РА.
2. Спектр используемых больными защитно-компенсаторных процессов характеризуется увеличением частоты использования и значительным напряжением неадаптивных бессознательных механизмов психологической защиты, которые играют существенную роль в этиопатогенезе невротических расстройств. Доминирующими типами являются «реактивные образования», «проекция», «интеллектуализация» и «регрессия» у больных ФМ и СКВ; «реактивные образования», «проекция», «интеллектуализация» и «вытеснение» - у больных ССД; «интеллектуализация» и «проекция» - у больных АС; «реактивные образования», «отрицание» и «проекция» - у больных РА.
3. У ревматологических пациентов выявлено снижение уровня субъективного контроля в различных сферах: в частности, в общей сфере, сфере достижений и неудач, межличностных взаимоотношений и отношения к здоровью – у больных ФМ; отношения к заболеванию, достижений и неудач, производственных отношений – у больных СКВ; отношения к заболеванию, общей сфере и сфере производственных отношений – у больных ССД; в общей сфере, сферах достижений и неудач, производственных отношений и отношения к здоровью – у больных АС; сфере отношения к заболеванию, достижений и неудач, семейной сфере и сфере межличностных отношений – у больных РА. Данные психологические особенности обуславливают наиболее пассивные позиции пациентов при социальной и профессиональной адаптации, повышенную личностную уязвимость больных к средовым воздействиям в ситуации заболевания.
4. Полученные в исследовании многочисленные корреляционные связи психологического статуса ревматологических пациентов с социально-средовыми, демографическими факторами и клиническими показателями заболевания определяют существенную роль психосоматических компонентов в патогенетических механизмах течения ревматических заболеваний и могут рассматриваться в аспекте формирования так называемого «порочного круга», когда болезнь оказывает патологическое влияние на особенности личности, а сформированные личностные характеристики, в свою очередь, усугубляют течение заболевания.
5. Характер психологической адаптации ревматологических пациентов способствует формированию недостатков, свойственных состоянию «наученной беспомощности». Роль «больного», усваиваемая в той или иной мере большинством ревматологических пациентов, формирует чувство «беспомощности», которое является основным поведенческим паттерном, приводящим к социальной и психологической дезадаптации.

6. Применение метода биоуправления с биологической обратной связью у больных РА путем оптимизации психологических механизмов личностной компенсации и поведенческой адаптации вносит существенный вклад в повышение эффективности комплексного лечения этого заболевания, в частности БОС терапия способствует повышению уровня интернальности в отношении к заболеванию, редукции невротической симптоматики, в том числе оказывает позитивное влияние на тревожно-депрессивные нарушения, относительно стабильные при традиционном лечении, приводит к улучшению качества жизни пациентов с РА.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В связи с широкой распространенностью нарушений аффективного спектра, в практике работы ревматологической службы целесообразно проводить оценку психологических особенностей пациентов для выявления и оценки выраженности психоэмоциональных расстройств. Анализ психосоматических соотношений у ревматологических пациентов подтверждает необходимость включения показателей состояния психологического статуса в функциональный диагноз, поскольку данные о психологических особенностях позволяют существенно дополнить объективную оценку адаптивных возможностей больных.
2. Необходимо улучшить подготовку врачей в области клинической психологии, а также по формированию профессиональных навыков межличностной коммуникации, вследствие чего целесообразно включить изучение элементов психологической диагностики и коррекции в образовательные программы по ревматологии. В частности, необходимо предусмотреть учебную тему по психосоматическим соотношениям в системе повышения квалификации и постдипломного образования врачей-ревматологов.
3. Для повышения эффективности лечебно-реабилитационных программ и улучшения социальной адаптации больных с ревматологической патологией желательно проведение психотерапевтической коррекции после выполнения соответствующего психодиагностического обследования, при условии совместной работы ревматолога, клинического психолога и психотерапевта.
4. При составлении комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий для ревматологических пациентов целесообразно учитывать индивидуальность психологических особенностей (выраженный уровень депрессии и тревоги, низкий уровень субъективного контроля и приоритетность сферы межличностного взаимодействия).
5. Предложенная теоретическая схема психосоматических соотношений при ревматических заболеваниях, учитывающая выявленные общие механизмы психологических нарушений у ревматологических пациентов, может служить основанием для выбора определенных методов психологической коррекции и психотерапии, преимущественно в русле когнитивно-бихевиорального направления.
6. Проведение курса терапии с использованием биологической обратной связи в комплексном лечении больных РА нормализует психосоматический статус пациентов, является эффективным и безопасным психофизиологическим терапевтическим методом, и рекомендуется при I-II степени активности и I стадии заболевания.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Психологическая оценка эффективности рефлексотерапии больных ревматоидным артритом // **Грехов Р.А.**, Зборовский А.Б. // Новости медицины и фармации Яринвест Медикал. – 1994. – № 2. – С. 50-51.
2. Первичная фибромиалгия (лекция) / Зборовский А.Б., Бабаева А.Р., Грехов Р.А. // Клиническая ревматология. – 1994. – № 2. – С. 43-49.
3. Психотропный эффект рефлекторной терапии у больных ревматоидным артритом / Бабаева А.Р., **Грехов Р.А.** // Актуальные вопросы медицины: Тезисы докладов 49-й научной сессии. – Волгоград, 1994. – С. 50.
4. An assessment of psychological status in patients suffering from primary fibromyalgia under influence of different treatment methods / **Grekhoff R.A.**, Levina A.P., Zborovsky A.B., Mokrova E.A., Mazina G.G., Sedov V.V. // XIV EULAR Congress: Abstracts. – Glasgow (Scotland), June 6-11, 1999.
5. Effect of acupuncture on some immunological and psychological indices in rheumatoid arthritis patients / **Grekhoff R.A.**, Krikunova S.A., Raza Y. // XIV EULAR Congress: Abstracts. – Glasgow (Scotland), June 6-11, 1999.
6. Внутренняя картина болезни при системных заболеваниях соединительной ткани / **Грехов Р.А.**, Харченко С.А., Макеева Е.В. // Учение И.П.Павлова на современном этапе и его развитие в трудах волгоградских ученых. Материалы юбилейной областной научной конференции. – Волгоград, 1999. – Том 2. – С. 34-37.
7. Internal image of illness in systemic diseases of connective tissues / **Grekhoff R.A.**, Kharchenko S.A., Zborovsky A.B. // Annual European congress of rheumatology EULAR 2000, Nice (France), June 21-24. – OP-155. – P. 334.
8. Механизмы психологической защиты и элементы внутренней картины болезни у больных системной красной волчанкой и системной склеродермией / **Грехов Р.А.**, Зборовский А.Б., Харченко С.А. // Вестник ВМА. – Волгоград, 2000. – С.102-104.
9. Некоторые аспекты психологического статуса больных с системными заболеваниями соединительной ткани / **Грехов Р.А.**, Харченко С.А. // Материалы 58-й итоговой научной конференции студентов и молодых ученых, посвященной 65-летию Волгоградской медицинской академии, 13-14 апреля 2000 г. – Волгоград, 2000. – С.92.
10. Внутренняя картина болезни при некоторых ревматических заболеваниях / **Грехов Р.А.**, Харченко С.А., Зборовский А.Б. // 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.
11. Психосоматические соотношения при системной красной волчанке / **Грехов Р.А.**, Харченко С.А., Зборовский А.Б., Новикова О.В., Макеева Е.В., Сулейманова Г.П. // Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Перинатальная психология и медицина. Психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии». – Иваново, 8 июня 2001 г. – Иваново, 2001. – С. 178.
12. Клинико-психологические конstellляции при системной красной волчанке / **Грехов Р.А.**, Харченко С.А., Зборовский А.Б. // Материалы 3 Всероссийского съезда ревматологов. – Рязань, 22-25 мая 2001 г. – С. 128.

13. Внутренняя картина болезни при фибромиалгии и системной красной волчанке / **Грехов Р.А.**, Харченко С.А., Зборовский А.Б., Сулейманова Г.П., Макеева Е.В., Брель И.А., Новикова О.В., Левина А.П. // Материалы 3 Всероссийского съезда ревматологов. – Рязань, 22-25 мая 2001 г. – С. 28., С.111.
14. Internal image of illness in fibromyalgia and systemic lupus erythematosus / **Grekhoff R.A.**, Kharchenko S.A., Zborovsky A.B., Suleymanova G.P. // Annual European Congress on Rheumatology (EULAR'2001). – Prague, Czech Republic, June 13-16, 2001. – N0015. – P. 247-248.
15. Clinical and psychological correlations in systemic lupus erythematosus / **Grekhoff R.A.**, Zborovsky A.B., Kharchenko S.A. // The 20th ILAR Congress of Rheumatology (ILAR'2001). – Edmonton, Canada, August 26-30, 2001.
16. Psychological correlation in systemic lupus erythematosus / **Grekhoff R.A.**, Zborovsky A.B., Kharchenko S.A. // The 20th ILAR Congress of Rheumatology (ILAR'2001). – Edmonton, Canada, August 26-30, 2001.
17. Взаимосвязь клинико-психологических факторов при системной красной волчанке / **Грехов Р.А.**, Харченко С.А., Зборовский А.Б., Мякишев М.В., Чернов А.С., Левкина М.В. // Вестник Волгоградской медицинской академии. – №7. – 2001. – С.25.
18. Особенности внутренней картины болезни у больных с синдромом первичной фибромиалгии / **Грехов Р.А.**, Сулейманова Г.П., Харченко С.А. // Актуальные вопросы современной ревматологии: Тезисы докладов научной конференции. – Волгоград, 2001.
19. Psychotropic effect of structural – resonant electromagnetic therapy in primary Fibromyalgia patients / **Grekhoff R.A.**, Myakishev M.V., Zborovsky A.B. // DGRH – Kongress 2002, Berlin. – S. 387.
20. Роль психологической защиты в формировании невротических нарушений у больных СКВ / **Грехов Р.А.**, Зборовский А.Б. // Ежегодная научно-практическая конференция «Новое в лечении и диагностике ревматических заболеваний». – Москва, Россия, 12-14 ноября 2002 г. – С. 215.
21. Уровень субъективного контроля у больных с синдромом первичной фибромиалгии / **Грехов Р.А.**, Сулейманова Г.П., Кедрова В.Л., Черкесова Е.Г., Зборовский А.Б. // Тезисы Конгресса ревматологов России, 20-23 мая 2003 г., Саратов. – С. 356.
22. Феномен алекситимии в структуре личности больных СКВ / **Грехов Р.А.**, Кедрова В.Л., Черкесова Е.Г., Новикова О.В. // Тезисы Конгресса ревматологов России, 20-23 мая 2003 г., Саратов. – С. 399.
23. Subjective control level in patients with primary fibromyalgia syndrome / Zborovsky A.B., Suleimanova G.P., **Grekhoff R.A.**, Kharchenko S.A., Kedrova V.L., Cherkesova E.G. // Annual European Congress of Rheumatology, EULAR 2003, Abstracts. – AB0512. – Lisboa, 8-11 June 2003.
24. Типы отношения к болезни у пациентов с синдромом первичной фибромиалгии / **Грехов Р.А.**, Сулейманова Г.П. // Сборник молодые ученые ВМА. – Волгоград, 2003. – С. 43.
25. Особенности невротизации и механизмов психологической защиты при системной склеродермии / **Грехов Р.А.**, Кедрова В.Л., Черкесова Е.Г. // Сборник научных работ «Актуальные проблемы современной ревматологии» – Волгоград, 2004. – С. 51.

26. Возможности моделирования психосоматических соотношений при системной красной волчанке / **Грехов Р.А.**, Харченко С.А., Зборовский А.Б. // Сборник научных работ «Актуальные проблемы современной ревматологии» – Волгоград, 2005. – С. 154.
27. Уровень субъективного контроля у больных системной склеродермией / **Грехов Р.А.**, Харченко С.А., Кедрова В.Л., Черкесова Е.Г. // Тезисы IV Съезда ревматологов России, Казань, 23-26 мая 2005 г. – Научно-практическая ревматология. – № 3. – 2005. – С. 227.
28. Некоторые клиничко-психологические особенности больных системной склеродермией / **Грехов Р.А.**, Харченко С.А., Кедрова В.Л., Черкесова Е.Г. // Тезисы IV Съезда ревматологов России. – Казань, 23-26 мая 2005 г. – Научно-практическая ревматология. – № 3. – 2005. – С. 228.
29. Особенности невротизации у больных синдромом первичной фибромиалгии / **Грехов Р.А.**, Харченко С.А., Сулейманова Г.П., Кедрова В.Л. // Тезисы IV Съезда ревматологов России. – Казань, 23-26 мая 2005 г. – Научно-практическая ревматология. – № 3. – 2005. – С. 465.
30. Сравнительная оценка уровня субъективного контроля в группах больных синдромом первичной фибромиалгии и инсулинзависимым сахарным диабетом / **Грехов Р.А.**, Харченко С.А., Сулейманова Г.П., Кедрова В.Л. // Тезисы IV Съезда ревматологов России. – Казань, 23-26 мая 2005 г. – Научно-практическая ревматология. – № 3. – 2005. – С. 466.
31. Клиничко-психологическая оценка эффективности структурно-резонансной электромагнитной терапии у больных остеоартрозом / **Грехов Р.А.**, Е.Г. Черкесова, Аль-Малики Хамуд Галел Сулейман, С.А. Харченко // Материалы научно-практической конференции «Состояние здоровья населения Волгоградской области и современные медицинские технологии его коррекции». – Волгоград, 2005. – С. 29.
32. Клиничко-психологическая оценка эффективности структурно-резонансной электромагнитной терапии у больных остеоартрозом / **Грехов Р.А.**, Е.Г. Черкесова // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: Материалы 63-й итоговой научной конференции студентов и молодых ученых Волгоградского Медицинского Университета. – Волгоград, 2005. – С. 56-57.
33. Болевой синдром в структуре психосоматических соотношений при синдроме первичной фибромиалгии / **Грехов Р.А.**, Харченко С.А., Сулейманова Г.П., Зборовская И.А., Кедрова В.Л., Черкесова Е.Г. // Сборник статей Юбилейной межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 45-летию ревматологической службы Иркутской области «Современные проблемы ревматологии». – Иркутск, 2005. – С. 52-56.
34. Role of psychological defense in forming of neurotic disturbances in systemic lupus erythematosus patients / Zborovsky A.B., Kharchenko S.A., **Grekhoff R.A.**, Kedrova V.L. // Annual European Congress of Rheumatology, EULAR 2005, Vienna, 8-11 June 2005. Abstracts. – SAT0381. – Annals of the Rheumatic Diseases. – July 2005, Vol. 64, Supplement 3. – P.146.
35. Формирование типа отношения к болезни при синдроме первичной фибромиалгии / **Грехов Р.А.**, Харченко С.А., Сулейманова Г.П., Черкесова Е.Г., Зборовский А.Б. // Тезисы II Всероссийской конференции ревматологов. – Воронеж, 24-26 мая 2006 г. – Научно-практическая ревматология. – №2. – 2006. – С. 118.
36. Механизмы психологической защиты и тяжесть клинических проявлений у больных синдромом первичной фибромиалгии / **Грехов Р.А.**, Харченко С.А., Сулейманова Г.П.,

- Кедрова В.Л., Черкесова Е.Г., Зборовская И.А. // Тезисы II Всероссийской конференции ревматологов. – Воронеж, 24-26 мая 2006 г. – Научно-практическая ревматология. – № 2. – 2006. – С. 118.
37. Роль механизмов психологической защиты в формировании невротических симптомов у больных анкилозирующим спондилоартритом / **Грехов Р.А.**, Харченко С.А., Бай С.А., Серопегин А.В., Новикова О.В. // Тезисы II Всероссийской конференции ревматологов. – Воронеж, 24-26 мая 2006 г. – Научно-практическая ревматология. – № 2. – 2006. – С. 118.
38. Изучение локуса контроля при ревматических заболеваниях / **Грехов Р.А.**, Харченко С.А., Бай С.А., Серопегин А.В., Кедрова В.Л. // Тезисы II Всероссийской конференции ревматологов. – Воронеж, 24-26 мая 2006 г. – Научно-практическая ревматология. – № 2. – 2006. – С. 117.
39. Клинико-психологическая оценка эффективности структурно-резонансной электромагнитной терапии у больных остеоартрозом / **Грехов Р.А.**, Черкесова Е.Г., Зборовская И.А. // II Всероссийский научный форум «Медицина - 2006»: Сборник материалов. – Москва, 2006. – С. 70-72.
40. Особенности локуса контроля у больных анкилозирующим спондилоартритом / **Грехов Р.А.**, Черкесова Е.Г. // XIV Международная научная конференция студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов - 2007»: Сборник научных работ. – Москва: МГУ им. М.В.Ломоносова, 2007. – С. 597-598.
41. Neurotic disturbances in primary fibromyalgia syndrome patients / Zborovsky A.B., Suleymanova G.P., **Grekhoff R.A.**, Kharchenko S.A., Zborovskaya I.A. // Annual European Congress of rheumatology, EULAR 2007, Abstracts. – AB0771. – Barcelona, Spain, 13-16 June 2007.
42. Correlation of psychological defense mechanisms and pain in primary fibromyalgia syndrome / Suleymanova G.P., **Grekhoff R.A.**, Kedrova V.L., Kharchenko S.A., Seropegin A.V., Zborovsky A.B. // Annual European Congress of rheumatology, EULAR 2008, Abstracts. – AB0862-AHP. – Paris, France, 13-16 June 2008.
43. Locus of control features in primary fibromyalgia syndrome patients depending on pain intensity / Suleymanova G.P., **Grekhoff R.A.**, Kedrova V.L., Bondarenko S.A., Bay S.A., Zborovskaya I.A. // Annual European Congress of rheumatology, EULAR 2008, Abstracts. – AB0861-AHP. – Paris, France, 13-16 June 2008.
44. Biofeedback therapy in complex treatment of rheumatoid arthritis patients / Seropegin A.V., **Grekhoff R.A.**, Zborovsky A.B. // Annual European Congress of rheumatology, EULAR 2008, Abstracts. – AB1086-AHP. – Paris, France, 13-16 June 2008.
45. Some clinical and psychological correlations in systemic sclerosis / Kedrova V.L., Nikiforova N.V., **Grekhoff R.A.**, Zborovskaya I.A. // Annual European Congress of rheumatology, EULAR 2008, Abstracts. – AB1103-AHP. – Paris, France, 13-16 June 2008.
46. Клинико-психологическая и иммуно-биохимическая оценка эффективности нового метода немедикаментозной терапии больных ревматоидным артритом / Зборовская И.А., **Грехов Р.А.**, Александров А.В., Алехина И.Ю., Серопегин А.В. // **Вестник ВолГМУ**. – 2008. – №1 (25). – С. 54-58.
47. Оценка качества жизни как критерий эффективности восстановительного лечения при ревматоидном артрите / **Грехов Р.А.**, Александров А.В., Зборовский А.Б. // **Клиническая медицина**. – 2008. – №7. – С. 39-42.

48. Применение новых методов восстановительной терапии в комплексном лечении больных среднего и пожилого возраста с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов / **Грехов Р.А.**, Александров А.В., Салман Расем, Алехина И.Ю., Кедрова В.Л., Бай С.А., Молчанова О.А., Папков А.Ю., Зборовский А.Б. // **Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова.** – 2008. – №1 (26). – С. 178-181.
49. Влияние структурно-резонансной электромагнитной терапии на нормализацию психоэмоционального статуса больных остеоартрозом / **Грехов Р.А.**, Александров А.В., Алехина И.Ю., Серопегин А.В., Кедрова В.Л., Бондаренко Е.В., Молчанова О.А., Бай С.А., Зборовский А.Б. // **Научно-практическая ревматология.** – 2008. - №5. – С. 76-80.
50. Features of correlations of pain factor and emotional status in patients suffering from primary fibromyalgia / Suleymanova G.P., **Grekhoff R.A.**, Kharchenko S.A., Zborovsky A.B., Zborovskaya I.A. // Annual European Congress of rheumatology, EULAR 2009, Abstracts. – AB0564. – Copenhagen, Denmark, 13-16 June 2009.
51. Clinical and psychological evaluation of the efficiency of structural-resonant electromagnetic therapy in complex treatment of patients suffering from idiopathic ankylosing spondyloarthritis / Rudykina O.A., Cherkesova E.G., Jashina J.V., Suleymanova G.P., **Grekhoff R.A.**, Zborovskaya I.A. // Annual European Congress of rheumatology, EULAR 2009, Abstracts. – SAT0561-AHP. – Copenhagen, Denmark, 13-16 June 2009.
52. Complex treatment of patients suffering from idiopathic ankylosing spondyloarthritis using bio-feedback management / Zborovskaya I.A., Bondarenko E.A., **Grekhoff R.A.**, Kharchenko S.A., Zborovsky A.B. // Annual European Congress of rheumatology, EULAR 2009, Abstracts. – SAT0562-AHP. – Copenhagen, Denmark, 13-16 June 2009.
53. Психосоматические основы тревожно-депрессивных нарушений у больных ревматическими заболеваниями / **Грехов Р.А.**, Сулейманова Г.П., Харченко С.А., Папков А.Ю., Рудыкина О.А., Бондаренко Е.А., Никифорова Н.В., Шилова Л.А., Зборовская И.А. // **Военно-медицинский журнал.** – 2009. – Т. 330, №8. – С. 69-72.
54. Использование показателей качества жизни для оценки эффективности восстановительной терапии и ее коррекции у больных с дегенеративными заболеваниями суставов / Александров А.В., **Грехов Р.А.**, Алехина И.Ю. // **Врач.** – 2009. – №10. – С. 66-67.
55. Психосоматические соотношения при синдроме первичной фибромиалгии / Сулейманова Г.П., **Грехов Р.А.**, Харченко С.А., Александров А.В., Зборовский А.Б. // **Клиническая медицина.** – 2009. – №10. – С. 55-58.
56. Использование показателей качества жизни при восстановительной терапии воспалительных и дегенеративных ревматических заболеваниях / **Грехов Р.А.**, Александров А.В., Алехина И.Ю., Зборовский А.Б. // **Терапевтический архив.** – 2009. – №12. – С. 51-54.
57. Влияние методов восстановительной терапии на нормализацию психоэмоционального статуса больных с воспалительными и дегенеративными заболеваниями суставов / **Грехов Р.А.**, Александров А.В., Алехина И.Ю., Рудыкина О.А., Зборовский А.Б. // **Вестник РАМН.** – 2010. – №3. – С. 29-33.
58. Возможности использования метода биологической обратной связи в комплексной терапии больных системной склеродермией / Никифорова Н.В., Папков А.Ю., **Грехов Р.А.**,

- Харченко С.А., Зборовская И.А. // **Военно-медицинский журнал.** – 2010. – №6. – С. 72-75.
59. Современные взгляды на фибромиалгию и ее терапию / **Грехов Р.А.**, Сулейманова Г.П., Харченко С.А., Черкесова Е.Г., Зборовская И.А. // Доктор.Ру. – 2010. – №3 (54). – С. 60-64.
60. Possibilities of biofeedback method in complex therapy of systemic sclerosis / Zborovskaya I.A., Nikiforova N.V., Kharchenko S.A., **Grekhoff R.A.**, Zborovsky A.B. // Annual European Congress of rheumatology, EULAR 2010, Abstracts. – AB1022-HP. – Rome, Italy, 16-19 June 2010.

ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АС	анкилозирующий спондилит	Ид	шкала интернальности в
БОС	биологическая обратная связь		области достижений
ВАК	высшая аттестационная комиссия	Из	шкала интернальности в отношении здоровья и болезни
ВАШ	визуальная аналоговая шкала	Им	шкала интернальности в области межличностных отношений
ВКБ	внутренняя картина болезни		
ВОЗ	всемирная организация здравоохранения	Ин	шкала интернальности в области неудач
ГКС	глюкокортикостероиды	Ио	шкала общей интернальности
ИЗСД	инсулинзависимый сахарный диабет	Ип	шкала интернальности в производственных отношениях
КЖ	качество жизни	Ис	шкала интернальности в семейных отношениях
МУЗ	муниципальное учреждение здравоохранения	ФК	функциональный класс
НПВС	нестероидные противовоспалительные препараты	ФМ	фибромиалгия
		ФНС	функциональная недостаточность суставов
ПЗ	психологическая защита:	ЦИК	циркулирующие иммунные комплексы
А	отрицание	ЭЭГ	электроэнцефалограмма
В	вытеснение	ACR	American College of Rheumatology
С	регрессия	СРБ	С-реактивный белок
Д	компенсация	DAS 28	Disease Activity Score
Е	проекция	EULAR	European League against Rheumatism
F	замещение	Ig	иммуноглобулин
G	интеллектуализация	MOS SF-36	опросник качества жизни:
Н	реактивные образования	BP	соматическая боль
РА	ревматоидный артрит	GH	общее состояние здоровья
РЗ	ревматические заболевания	MH	психологическое здоровье
РФ	ревматоидный фактор	PF	физическое функционирование
СКВ	системная красная волчанка	RE	ролевое эмоциональное функционирование
СРБ	С-реактивный белок	RP	ролевое физическое функционирование
ССД	системная склеродермия	SF	социальное функционирование
УНП	уровень невротизации и психопатизации:	VT	жизнеспособность
А	астения		
Д	депрессия		
Т	тревога		
И	ипохондрия		
УСК	уровень субъективного контроля:		

Грехов Ростислав Александрович

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ
И ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ
У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

14.01.22 – ревматология

Автореферат диссертации
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Подписано в печать 2.07. 2010 г.
Формат 60х84/16. Заказ №2378. Тираж 100 экз.
Печать трафаретная. Бумага офсетная №65.
Гарнитура «Таймс». Усл. печ. л. 1,5. Усл. изд. л. 1,4.
Отпечатано в ООО «Бланк». Лиц. №3550.
400131, г. Волгоград, ул. Скосырева, 2а.