

УДК 616.5-004.1:616.89

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Сулейманова Г.П., Рамкхелавон М.Б.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии»  
Российской академии медицинских наук, Волгоград, e-mail: sgppp22@yandex.ru

Проведено комплексное изучение психосоматических соотношений у 54 больных системной склеродермией. Изучены уровень субъективного контроля, уровень невротизации, механизмы психологической защиты, а также клиничко-психологические корреляции. Согласно полученным данным, у пациентов с системной склеродермией имеется клинически выраженный уровень невротических расстройств (астении, тревоги, ипохондрии), низкий уровень субъективного контроля (сферы: общая, производственных отношений, здоровье, неудач и достижений), избирательно действующий напряженный спектр механизмов психологической защиты («Реактивные образования», «Проекция», «Вытеснение», «Интеллектуализация»). Формирование психологических защитных механизмов и их напряженность у больных с системной склеродермией были связаны с особенностями невротического реагирования. Другими факторами, предрасполагающими к развитию психологической декомпенсации, являлись активность патологического процесса, длительность заболевания и возраст пациентов.

**Ключевые слова:** системная склеродермия, уровень субъективного контроля, невротическое реагирование, психологическая защита

## PSYCHOSOMATIC CORRELATIONS IN SYSTEMIC SCLEROSIS

Suleymanova G.P., Ramkhelawon M.B.

Federal State Budgetary Institution «Research Institute of Clinical and Experimental Rheumatology»  
under the Russian Academy of Medical Sciences, Volgograd, e-mail: sgppp22@yandex.ru

Complex study of psychosomatic interrelations was carried out in 54 patients with systemic sclerosis. Locus of control level, neurotic reactions, mechanisms of psychological defenses, and clinical-and-psychological correlations were studied. According to the obtained data, patients with systemic sclerosis have clinically expressed level of neurotic frustration (adynamia, anxiety, depression), low level of subjective control (in following spheres: general, production relations, health, failures and achievements), selectively operating intense range of mechanisms of psychological defenses («Reactive formation», «Projection», «Replacement», «Intellectualization»). Formation and intensity of psychological defense mechanisms in systemic sclerosis patients was connected with features of their neurotic response. Activity of pathological process, duration of disease and age of patients were the factors contributing to development of psychological decompensation.

**Keywords:** systemic sclerosis, locus of control level, neurotic reactions, psychological defenses

Прогресс в изучении системной склеродермии (ССД) за последние 30 лет обусловил значительную эволюцию в представлениях об этом заболевании. Несмотря на то, что современные методы лечения ССД, без сомнения, облегчают страдания больных, продлевают их активную трудовую и социальную жизнь, как правило, развитие болезни постепенно приводит к полной утрате трудоспособности, к изменению сложившейся системы жизненных стереотипов и привычной социальной среды для большинства людей и расширению зоны социальных конфликтов, создающих угрозу благополучию, а иногда и физическому существованию человека. В связи этим изучение психологических аспектов данной нозологии является одной из первоочередных задач, стоящих в одном ряду с вопросами этиопатогенеза и лечения, а подход к заболеванию с психосоматических позиций представляется одним из актуальных вопросов современной ревматологии.

**Целью исследования** настоящей работы явилось выявление психосоматических взаимосвязей между клиническими (активность и течение патологического процесса, возраст пациентов, продолжительность заболевания) и психологическими характеристиками (уровень невротических расстройств, субъективного контроля, механизмы психологической защиты).

### Материалы и методы исследования

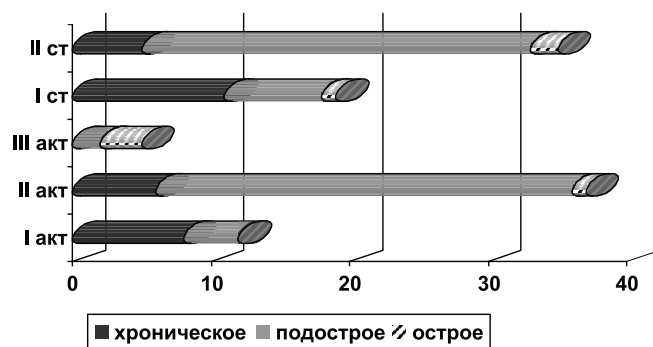
Для экспериментально-психологического исследования использовались методики, разработанные и адаптированные в лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева: опросник «уровня субъективного контроля» – УСК [1], опросник «Life style index» – LSI (Индекс Жизненного Стиля) [7], а также опросник «уровня невротизации и психопатизации» – УНП [5].

Диагноз ССД ставился на основании критериев Американской ревматологической ассоциации пересмотра 1982 года и в соответствии с классификацией ССД, предложенной Н.Г.Гусевой, после тщательного клиничко-лабораторного и инструментального обследования пациентов [4]. Под наблюдением находилось

54 больных ССД, средний возраст пациентов составил  $45,59 \pm 1,65$  лет. Основной контингент больных ССД был представлен женщинами (94,4%). Анализ продолжительности заболевания показал, что стаж заболевания до 5 лет имели 26% больных, 5–10 лет – 59,2%, свыше 10 – 14,8%. Средняя продолжительность болезни –  $6,86 \pm 0,41$  года.

### Результаты исследования и их обсуждение

Структура группы больных ССД по характеру течения, степени активности и стадии патологического процесса представлена на рисунке.



Структура группы больных системной склеродермией по характеру течения, активности и стадии патологического процесса

Хроническое течение заболевания чаще встречалось при I степени активности (14,8%), подострое – при II степени (55,5%), а у больных с хроническим течением преобладала I стадия заболевания, с подострым течением – II стадия течения ССД.

Человека часто заботит: кто ответствен за исход того или иного жизненно важного для него события – он сам или судьба, рок, случай, либо иные, не поддающиеся контролю и управлению силы? И нередко за подобными стратегиями личности проступает ее склонность видеть источник управления своей жизнью преимущественно во внешней среде (экстернальный УСК), либо в себе самом (интернальный УСК). В целом уровень субъективного контроля является важной интегральной характери-

стикой личности, показателем взаимосвязи отношения к себе и окружающему миру. По мнению Роттера, предложившего эти термины, интернальность и экстернальность субъективного контроля являются устойчивыми свойствами личности, сформированными в процессе ее социализации [6].

При изучении средних значений уровня субъективного контроля (табл. 1) больные ССД обнаруживали выраженную экстернальность в общей сфере (Ио) и в сфере производственных отношений (Ип). В таких сферах, как здоровье (Из), неудачи (Ин) и достижения (Ид) также регистрировались тенденции к экстернальности. Наибольшие средние значения уровня субъективного контроля у больных ССД были обнаружены в сферах семейных (Ис) и межличностных отношений (Им).

Таблица 1

Средние значения показателей интернальности у больных ССД с различной активностью заболевания

	Общая ( $M \pm m$ ) (N = 54)	Активность заболевания			Течение заболевания	
		I ( $M \pm m$ ) (N = 12)	II ( $M \pm m$ ) (N = 37)	III ( $M \pm m$ ) (N = 5)	Подострое ( $M \pm m$ ) (N = 35)	Хроническое ( $M \pm m$ ) (N = 16)
Ио	$3,48 \pm 0,23$	$3,88 \pm 0,53$	$3,54 \pm 0,26$	$1,92 \pm 0,18^*$	$3,43 \pm 0,32$	$3,21 \pm 0,21$
Ид	$4,59 \pm 0,24$	$4,92 \pm 0,48$	$4,59 \pm 0,29$	$3,8 \pm 0,43$	$4,17 \pm 0,33$	$4,13 \pm 0,28$
Ин	$4,27 \pm 0,22$	$4,33 \pm 0,52$	$4,35 \pm 0,26$	$2,80 \pm 0,23^*$	$4,62 \pm 0,29$	$3,8 \pm 0,19$
Ис	$5,26 \pm 0,25$	$5,58 \pm 0,62$	$5,24 \pm 0,28$	$4,6 \pm 0,41$	$5,23 \pm 0,45$	$4,94 \pm 0,39$
Ип	$3,22 \pm 0,2$	$3,33 \pm 0,41$	$3,21 \pm 0,27$	$3,0 \pm 0,01$	$3,12 \pm 0,35$	$2,9 \pm 0,23$
Им	$5,77 \pm 0,18$	$6,0 \pm 0,42$	$5,8 \pm 0,21$	$4,0 \pm 0,35$	$5,54 \pm 0,28$	$3,89 \pm 0,24^*$
Из	$4,5 \pm 0,28$	$4,16 \pm 0,61$	$4,79 \pm 0,35$	$2,6 \pm 0,24^*$	$4,04 \pm 0,24$	$3,58 \pm 0,24$

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.

Согласно полученным результатам, у больных ССД с повышением активности заболевания (активность III) наблюдалось достоверное снижение уровня субъективного контроля (усиление экстернальности) в общей сфере, неудач и здоровья. При хроническом течении ССД достоверно снижался УСК только по шкале межличностных отношений.

В целом можно сделать вывод, что для больных с ССД в большей степени характерны тенденции к формированию экстернального контроля личности (Ию, Из, Ин, Ид). Это может отражать маловыраженную способность больных ССД преодолевать жизненные трудности, недостаточно развитое чувство ответственности по отношению к негативным событиям и ситуациям, наиболее пассивные позиции в отношении

борьбы со своим заболеванием, нежелание придерживаться назначенного курса терапии, реже проявлять активность в отношении выполнения лечебно-профилактических мероприятий.

Также в результате проведенных исследований было установлено, что развитие ССД сопровождается формированием невротических расстройств, которые представлены в большей степени астенией, тревогой и ипохондрией (см. табл. 2). Основными клиническими проявлениями при этом являются повышенная утомляемость, возбудимость, эмоциональная неустойчивость и тревога. Повышение активности ССД способствовало достоверному повышению показателей астении, депрессии и ипохондрии.

**Таблица 2**

Динамика средних значений невротических расстройств у больных ССД с различной активностью заболевания

Группы больных ССД	Общая группа ( $M \pm m$ ) ( $N = 54$ )	Активность заболевания		
		I ( $M \pm m$ ) ( $N = 12$ )	II ( $M \pm m$ ) ( $N = 37$ )	III ( $M \pm m$ ) ( $N = 5$ )
Астения	$6,36 \pm 0,28$	$6,36 \pm 0,48$	$6,18 \pm 0,35$	$8,78 \pm 0,6^*$
Депрессия	$4,98 \pm 0,2$	$4,75 \pm 0,36$	$5,67 \pm 0,25^*$	$7,43 \pm 0,67^{**}$
Тревога	$6,63 \pm 0,25$	$6,67 \pm 0,5$	$6,57 \pm 0,31$	$7,22 \pm 0,73$
Ипохондрия	$6,31 \pm 0,26$	$6,48 \pm 0,45$	$6,71 \pm 0,32$	$7,53 \pm 0,33^*$

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

Проведенный клинико-психологический корреляционный анализ показал наличие прямой умеренной связи между выраженностью ипохондрии и возрастом больных ( $r = 0,50$  при  $p = 0,034$ ). Длительность ССД прямо коррелировала с депрессией ( $r = 0,220$  при  $p = 0,04$ ) и ипохондрией ( $r = 0,262$   $p = 0,013$ ).

Наличие невротической симптоматики у больных ССД указывает на присутствие внутрличностного конфликта, актуализируя использование поисковых и адаптивно-приспособительных механизмов, в частности, психологической защиты [7]. По мнению Л.И. Вассермана с соавт., основная функция психологической защиты заключается в обеспечении регулятивной системы стабилизации личности, направленной прежде всего на уменьшение эмоционально-аффективных проявлений, устранение препятствий к самореализации (фрустраторов, деблокирование актуальных потребностей и восстановление нарушенной системы отношений личности) [3].

Проведенный анализ распределения больных по доминирующим типам психологической защиты показал, что у 42,59%

больных вариантом выбора являлись «Реактивные образования». В 18,5% случаев доминировала ПЗ «Интеллектуализация».

Результаты наших исследований свидетельствуют о напряженном действии у больных ССД механизмов психологической защиты. Наибольшую напряженность имела психологическая защита «Реактивное образование», среди других напряженно действующих защит следует отметить «Проекцию», «Вытеснение» и «Интеллектуализацию» (табл. 3).

Анализ изучения используемых больными ССД механизмов психологической защиты и анализ их динамики в зависимости от клинических особенностей заболевания показал, что информативные различия были получены в группе больных ССД с I и III степенью активности патологического процесса ( $p < 0,05$ ). При I степени активности показатели напряженности таких психологических защит, как «Вытеснение» и «Регрессия» были достоверно ниже по сравнению со средними в общей группе, а достоверное наибольшее напряжение было отмечено по шкале «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.

Таблица 3

Динамика средних значений напряженности психологических защит у больных ССД с различной активностью заболевания и длительностью течения

Группы		Типы психологических защит							
		A	B	C	D	E	F	G	H
Общая (N = 54)	M m	66,41 2,08	73,87 2,43	67,03 2,9	47,29 4,68	75,19 2,47	54,16 3,46	71,74 3,11	95,03 0,84
I акт. (N = 12)	M m	62,16 3,34	51,09 3,10**	54,00 3,2*	48,41 4,97	70,33 4,1	54,08 4,03	80,9 2,91*	92,66 3,46
II акт. (N = 37)	M m	70,40 4,31	63,10 4,83	67,24 3,11	48,56 5,01	74,18 3,67	52,56 3,78	74,48 4,14	90,97 1,52
III акт. (N = 5)	M m	51,4 3,4*	87,8 4,65	74,2 5,42	35,00 3,98	93,20 2,57*	69,8 2,29*	79,6 4,17	95,2 0,8
Длительность < 6 лет(N = 38)	M m	70,40 4,31	62,68 4,3*	60,5 2,4	48,00 5,10	72,21 3,70	52,94 1,34	76,21 4,41	90,76 1,25
Длительность 6–10 лет(N = 15)	M m	56,90 3,1*	74,26 4,1	79,66 2,9*	47,53 3,7	82,53 4,2	55,26 2,99	77,02 5,91	93,80 1,3

Примечание: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ . А – отрицание, В – вытеснение, С – регрессия, D – компенсация, E – проекция, F – замещение, G – интеллектуализация, H – реактивные образования.

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» (В) и «Регрессия» (С) были достоверно ниже по сравнению со средними в общей группе, а достоверное наибольшее напряжение было отмечено по шкале ПЗ «Интеллектуализация» (G). 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 по нормативной выборке.

Также у больных ССД с увеличением длительности заболевания свыше 6 лет достоверно увеличивалась напряженность использования психологической защиты «Регрессия» и снижалась напряженность использования психологической защиты «Отрицание».

Корреляционной связи между напряженностью механизмов психологической защиты, длительностью заболевания и возрастом пациентов не установлено.

Кроме того, были исследованы корреляционные взаимосвязи уровня невротических расстройств и действующих в их основе механизмов психологической защиты.

Показатели астении достаточно выражено и прямо коррелировали с показателями психологической защиты типа «Вытеснение» ( $r = 0,60$  при  $p = 0,008$ ), «Регрессия» ( $r = 0,69$  при  $p = 0,001$ ) и «Реактивные образования» ( $r = 0,48$  при  $p = 0,043$ ); показатели депрессии с «Регрессией» ( $r = 0,53$  при  $p = 0,023$ ) и «Реактивными образованиями» ( $r = 0,48$  при  $p = 0,04$ ); тревога с «Вытеснением» ( $r = 0,51$  при  $p = 0,029$ ), «Регрессией» ( $r = 0,81$  при  $p = 0,001$ ) и «Замещением» ( $r = 0,62$  при  $p = 0,005$ ); ипохондрия с «Вытеснением» ( $r = 0,53$  при  $p = 0,024$ ), «Регрессией»  $r = 0,67$  при  $p = 0,002$ ) и «Реактивными образованиями» ( $r = 0,53$  при  $p = 0,022$ ).

Выявленное комплексное участие защитно-приспособительных механизмов в переработке и редуцировании невротических проявлений, на наш взгляд, может отражать повышенную потребность в сохранении внутриличностного гомеостаза у больных ССД. Также, учитывая отмеченный высокий уровень невротизации у больных ССД и параллельные тенденции к росту напряженности используемых психологических защит, можно сделать предположение о недостаточной эффективности работы этих механизмов.

### Выводы

Результаты исследований позволяют указать, что психоэмоциональные пробле-

мы весьма значимы у пациентов с ССД. Выявленные изменения не только в существенной мере способны изменять личность больного, но и ухудшать течение самого заболевания, препятствовать проведению адекватных терапевтических мероприятий, являясь целью психотерапевтического воздействия. Таким образом, своевременная диагностика и коррекция психологических нарушений у больных ССД может способствовать улучшению субъективного самочувствия больных, способствовать повышению эффективности проводимой терапии, улучшать социально-психологическую адаптацию пациентов, позитивно влиять на отдаленный прогноз заболевания.

#### Список литературы

1. Бажин Е.Ф., Галынкина Е.А., Эткинд А.М. Опросник уровня субъективного контроля (УСК). – М.: Смысл, 1993.
2. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. Психологическая диагностика защитно-приспособительных механизмов личности: Пособие для врачей и психологов. – СПб., 1995. – 28 с.
3. Вассерман Л.И., Петрова Н.Н. Психологическая защита и аффективные расстройства у пациентов в ситуации витальной угрозы // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 1. – С. 73–74.
4. Гусева Н.Г. Системная склеродермия: ранняя диагностика и прогноз // Научно-практическая ревматология. – 2007. – № 3. – С. 39–45.
5. Дмитриева Л.Л. Методика формализованной оценки невротических проявлений // Журн. невропатол. и психиатрии. – 1995. – № 5. – С. 77–80.
6. Муздыбаев К. Психология ответственности. – Л., 1983. – 240 с.
7. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. – Л.: Медицина, Ленингр. отделение, 1984. – 192 с.

8. Bradley L.A. Psychological aspects of arthritis // Bull. of the Rheum. dis. – 1985. – Vol. 35 (4). – P. 1–12.
9. Seligman M.E.P. Helplessness: on depression, development and death. – N.Y.: W.H. Freeman, 1992. – 480 p.

#### References

1. Bazhin E.F., Galynkin E.A., Etkind A.M. Oprosnik urovnya subektivnogo kontrolya (USK). M.: Smysl, 1993.
2. Vasserman L.I., Eryshev O.F., Klubova E.B. Psikhologicheskay diagnostika zaschitno-prisposobitelnykh mekhanizmov lichnosti: Posobie dlya vrachey i psikhologov. Spb, 1995. 28 p.
3. Vasserman L.I., Petrova N.N. Psikhologicheskay zaschita i afektivnyye rasstroystva u patsientov vsituacii vitalnoy ugrozy. Sotsialnaya i klinicheskaya psikhiiatriya. 2000. T.10, no. 1. pp. 73–74.
4. Guseva N.G. Sistemnaya sklerodermiya: rannaya diagnostika i prognos. Nauchno-practicheskaya revmatologiya. 2007. no. 3. pp. 39–45.
5. Dmitrieva L.L. Metodika Formalizovannoy otsenci nevroticheskikh proyavleniy. Zhurn. Nevropatol. i psikhiiatrii. 1995. Vol. 5: pp. 77–80.
6. Musdybaev K. Psikhologiya otvetstvennosti. L., 1983. 240 p.
7. Tashlykov V.A. Psikhologiya lechebnogo protsessa. L.: Medithina., Leningr. otdelenie, 1984. 192 p.
8. Bradley L.A. Psychological aspects of arthritis. Bull. of the Rheum. dis. 1985. Vol. 35 (4). pp. 1–12.
9. Seligman M.E.P. Helplessness: on depression, development and death. N.Y.: W.H. Freeman, 1992. 480 p.

#### Рецензенты:

Немцов Б.Ф., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии Кировской государственной медицинской академии, г. Киров;

Зборовский А.Б., д.м.н., академик РАМН, профессор кафедры госпитальной терапии Волгоградского государственного медицинского университета, г. Волгоград.

Работа поступила в редакцию 21.06.2013.