

УДК 616.5-004.1-085.847.8

МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ И ЭЛЕМЕНТЫ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Грехов Р.А., Харченко С.А., Сулейманова Г.П., Зборовская И.А.

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

Проведено комплексное изучение особенностей формирования клинко-психологического статуса больных системной красной волчанкой. Развитие системной красной волчанки сопровождается формированием невротических расстройств, которые представлены в большей степени астенией и тревогой и в меньшей степени депрессией и ипохондрией и коррелируют с активностью и длительностью заболевания. Также у больных системной красной волчанкой регистрируется экстернальный тип локуса контроля в общей и производственной сферах, здоровья и неудач. Показатели локуса контроля в производственной и межличностной сферах имеют обратную взаимосвязь с уровнем депрессии и тревоги. Психологические защитные механизмы представлены гиперкомпенсацией, проекцией, интеллектуализацией и регрессией. Установлено, что характер психологической адаптации пациентов с системной красной волчанкой способствует формированию недостатков, свойственных состоянию «наученной беспомощности», которая является основным поведенческим паттерном, приводящим к социальной и психологической дезадаптации.

Ключевые слова: ревматология, системная красная волчанка, локус контроля, психологическая защита, невротические расстройства

PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISM SAND INTERNAL IMAGE OF DISEASE IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS PATIENTS

Grekhoff R.A., Kharchenko S.A., Suleymanova G.P., Zborovskaya I.A.

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

Complex study of clinical and psychological features of patients suffering from systemic lupus erythematosus (SLE) was carried out. SLE progress is accompanied by formation of neurotic disturbances which represented as asthenia and anxiety mainly and as depression and hypochondriasis also. These indices correlate with activity and disease duration. External type of locus of control in the general sphere and spheres of production, health and failures is registered in SLE patients. Indices of locus of control in production's and interpersonal spheres have the reverse correlation with level of depression and anxiety. Psychological defense mechanisms are presented by hypercompensation, projection, intellectualization and regression. It is established that nature of psychological adaptation of SLE patients promotes formation of deficits inherent to condition of «learned helplessness» which is the main behavioral pattern leading to social and psychological disadaptation.

Keywords: rheumatology, systemic lupus erythematosus, clinical psychology

Системная красная волчанка (СКВ) сохраняет статус важной проблемы для современной ревматологии. Неясность патогенеза, неопределенность в отношении прогноза, быстрое снижение функциональных способностей пациентов, необходимость постоянного приема медикаментов и их недостаточная эффективность приводят больных к утрате профессиональной независимости, к значительным психосоциальным проблемам и ухудшению качества жизни. При этом личность больного изменяется как вследствие прямого воздействия заболевания, так и в результате переживания пациентом своего состояния. Именно личностный аспект реакции на болезнь лежит в основе формирования внутренней картины болезни, которая может значительно трансформировать клинику заболевания и оказывать негативное влияние на эффективность терапевтических мероприятий [6, 7].

Целью нашего исследования было изучение роли психологических характе-

ристик личности больных, типов и напряженности механизмов психологической защиты в формировании внутренней картины болезни при СКВ.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 87 пациентов с СКВ. Среди обследованных больных подавляющее большинство составили женщины (82,8%), средний возраст составил $35,33 \pm 1,77$ года. При проведении психологического исследования использовались следующие методики: для оценки клинко-психологических особенностей больных СКВ применялась методика формализованной оценки невротических проявлений [3]; для изучения локуса контроля был выбран опросник уровня субъективного контроля – УСК [1]; для изучения типов психологических защит использовался опросник «Индекс жизненного стиля» [4].

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенных исследований было установлено, что развитие СКВ

сопровождается формированием невротических расстройств, которые представлены в большей степени астенией и тревогой, и в меньшей степени – депрессией и ипо-

хондрией (рис. 1). Основными клиническими проявлениями при этом являются повышенная утомляемость, возбудимость, эмоциональная неустойчивость и тревога.

Показатели уровня невротизации у больных СКВ

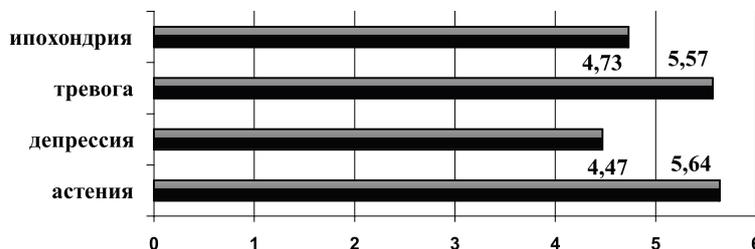


Рис. 1. Показатели уровня невротизации у больных СКВ

Наряду с этим были выявлены факторы, предрасполагающие к развитию невротических расстройств при СКВ. 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 второй степенью активности патологического процесса (6,56 балла), а при третьей 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.

Концепция локус-контроля была разработана, чтобы объяснить ожидания субъектов в отношении факторов, которые могут влиять на их болезнь. Два типа локус-контроля были предложены:

- 1) внутренний, в тех случаях, когда субъекты убеждены, что они могут влиять на события своими собственными силами;
- 2) внешний, когда они чувствуют, что события, происходящие с ними, относятся к таким неконтролируемым факторам, как случай, судьба или просто удача [2, 3].

Локус-контроль как свойство личности, определяющее направленность ее социальной ответственности, способен трансформировать отдельные звенья механизмов восприятия и психологической переработки проблемных жизненных ситуаций.

Показатели уровня субъективного контроля (локус-контроля) у пациентов с СКВ представлены в таблице.

Показатели локуса контроля в группах больных СКВ

	Больные СКВ (N = 87)	Муж. СКВ (N = 15)	Жен. СКВ (N = 72)	I акт. СКВ (N = 29)	II акт. СКВ (N = 50)	III акт. СКВ (N = 8)
Ио	3,37 ± 0,31	3,14 ± 0,29	3,43 ± 0,36	4,15 ± 0,28	3,43 ± 0,32	1,51 ± 0,21
Ид	5,11 ± 0,31	5,23 ± 0,45	5,12 ± 0,35	6,23 ± 0,41	5,17 ± 0,33	4,13 ± 0,28
Ин	3,63 ± 0,34	3,04 ± 0,28	3,76 ± 0,23	4,37 ± 0,19	3,62 ± 0,29	2,2 ± 0,19
Ис	5,37 ± 0,34	5,12 ± 0,33	5,39 ± 0,41	6,14 ± 0,32	5,23 ± 0,45	5,14 ± 0,39
Ип	3,42 ± 0,34	4,25 ± 0,28*	2,63 ± 0,25*	3,21 ± 0,31	3,62 ± 0,35	2,9 ± 0,23
Им	4,84 ± 0,25	3,65 ± 0,34	5,17 ± 0,42	5,86 ± 0,39	5,14 ± 0,28	1,89 ± 0,24*
Из	3,31 ± 0,32	3,53 ± 0,24	3,13 ± 0,23	3,84 ± 0,35	3,54 ± 0,24	1,28 ± 0,24

Примечание. * – $p < 0,05$.

Больные СКВ обнаруживают выраженную тенденцию к экстернатности (снижение уровня субъективного контроля) в общей сфере, а также в сферах неудач

(3,63 ± 0,34), производственных отношений (3,42 ± 0,21), межличностного взаимодействия и особенно в отношении к здоровью (3,31 ± 0,32). Роль больного, усваиваемая

в той или иной мере большинством пациентов, формирует чувство беспомощности, потребность в сочувствии и опеке окружающих, надежду на то, что облегчение состояния явится результатом воздействия внешних факторов (помощь врача), а то и счастливого случая. Эти изменения имеют немалое клиническое значение, утяжеляя клиническую симптоматику и препятствуя осуществлению терапевтических мероприятий. Выявленная деформация мотивационной сферы личности является важным компонентом состояния «наученной беспомощности» [6], при которой ожидание неудачи в деятельности начинают приобретать для человека большую эмоциональную значимость и личностный смысл, чем само достижение цели.

При попарном сравнении групп больных СКВ (мужчины и женщины; степень активности заболевания – I, II и III) удалось установить следующие достоверные различия между характеристиками локуса контроля: мужчины более интернальны (повышение локуса контроля) ($p < 0,05$) в производственной сфере, чем женщины. Кроме того, наблюдалось достоверное смещение локуса контроля в экстермальную сторону (понижение) в отношении здоровья при повыше-

нии степени активности заболевания. При анализе показателей интернальности в подгруппах больных СКВ с высоким уровнем невротизации отмечено, что по мере повышения уровня депрессии снижаются показатели по шкалам общей интернальности Ио ($2,42 \pm 0,24$ при $p < 0,05$), интернальности в отношении достижений Ид ($3,53 \pm 0,23$ при $p < 0,05$) и интернальности в области межличностных отношений Им ($3,36 \pm 0,26$ при $p < 0,05$). Также при высоком уровне тревоги наблюдаются более низкие показатели Им ($3,87 \pm 0,27$ 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.

Результаты исследований свидетельствуют о напряженном действии у больных СКВ механизмов, обеспечивающих психологическую переработку связанных с болезнью проблемных ситуаций.

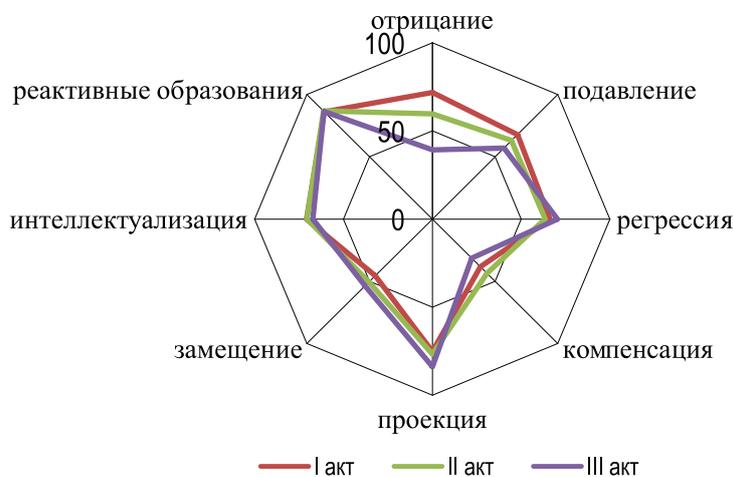


Рис. 2. Механизмы психологической защиты у больных СКВ

Проведенное обследование показало, что в группе обследованных больных СКВ отмечается достаточно выраженная напряженность следующих типов психологических защит: «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» ($64,8 \pm 3,2$) (рис. 2). Показатели напряженности по другим типам защит значительно варьибельнее. Анализ

распределения больных по доминирующим типам свидетельствует, что основным типом защиты в 28,7% случаев является «Реактивные образования». В 19,5% случаев доминировало «Отрицание». Третьим по распространенности являются типы психологических защит «Проекция» и «Интеллектуализация», которые используются больными как доминирующие с одинаковой частотой (16,1%). В то же время «Регрессия» и «Вытеснение» встречались соответственно у 8,1 и 6,9% больных СКВ.

И только в одном случае было зарегистрировано использование в качестве основного типа «Компенсации». 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. 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.

Полученные нами результаты определяют существенную роль психосоматических компонентов в патогенетических механизмах течения СКВ 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. Можно предположить, что в основе развития психологических нарушений у больных СКВ лежит теория «наученной беспомощности», которая относится к поведенческому паттерну, характеризующемуся неспособностью к совладанию со стрессорными ситуациями, что происходит от убеждения человека в том, что невозможны никакие эффективные решения для устранения или уменьшения источника стресса.

Многочисленные исследования, проведенные как на животных, так и на людях, показали, что организм, подвергшийся неприятным воздействиям, которые он не может контролировать в одной экспериментальной ситуации, часто отчетливо избегает контролируемых неприятных стимулов и в других экспериментальных ситуациях [5]. Гипотеза заключается в том, что вслед за начальным воздействием неконтролируемых неприятных стимулов у этих организмов развивается ожидание (то есть научение) того, что их ответные реакции никак не повлияют на неприятные события и в будущих ситуациях. Как следствие этого, когда позднее они встречаются со стрессорными событиями, которые они в состоянии контролировать, они имеют тенденцию вести себя «беспомощным» образом, что характеризуется тремя важными недостатками. Мотивационные недостатки состоят в торможении произвольного поведения или в пассивности. Когнитивные недостатки включают нарушение обучения

новым формам ответных реакций, которые могли бы восстановить контроль над стрессорными событиями. И эмоциональные недостатки первоначально состоят в тревожности, а позднее и в депрессии [2].

Пациенты с СКВ могут быть особенно склонны к убеждению в том, что их заболевание находится вне пределов их эффективного контроля вследствие того, что причина и лечение болезни неизвестны, патогенез не полностью понятен и течение заболевания и его окончательный исход невозможно прогнозировать. Эти пациенты считают, что, несмотря на все их усилия и возможности совладания, которые они могут использовать, они все равно будут не в состоянии существенно уменьшить боль, функциональные нарушения или другие последствия заболевания. Это восприятие неконтролируемости ситуации может привести больных к переживанию эмоциональных, мотивационных и когнитивных недостатков, связанных с наученной беспомощностью, которые взаимодействуют между собой и усиливают друг друга. Они также укрепляют убеждение пациентов в том, что они не способны контролировать заболевание и могут привести к дезадаптивному поведению, такому как несоблюдение режима лечения, надежде на шарлатанские методы лечения и избыточный прием анальгетиков, снотворных и седативных лекарственных препаратов. Неизбежная неудача такого поведения в попытке пациентов справиться с их заболеванием способствует усилению ощущения беспомощности и недостатков, связанных с беспомощностью.

Заключение

Таким образом, характер психологической адаптации пациентов с СКВ способствует формированию недостатков, свойственных состоянию «наученной беспомощности», которая является основным поведенческим паттерном, приводящим к социальной и психологической дезадаптации. Психологическое обследование пациентов необходимо для своевременного подключения различных психотерапевтических методов, а также для разработки лечебно-реабилитационных программ с целью повышения способностей больных СКВ адаптироваться к новым условиям жизни.

Список литературы

1. Бажин Е.Ф. Метод исследования уровня субъективного контроля / Е.Ф. Бажин, Е.А. Галынкин, А.М. Эткин // Психологич. журн. – 1984. – Т. 5, № 3. – С. 152–162.
2. Грановская Р.М. Защита личности: Психологические механизмы / Р.М. Грановская, И.М. Никольская. – СПб.: Знание, Свет, 1999. – 352 с.

3. Дмитриева Л.Л. Методика формализованной оценки невротических проявлений / Л.Л. Дмитриева // Журн. невропатол. и психиатрии. – 1995. – № 5. – С. 77–80.

4. Клубова Е.Б. Исследование структуры защитных механизмов личности у больных алкоголизмом / Е.Б. Клубова // Обозр. психиатрии и мед. психологии. им. В.М. Бехтерева. – 1991. – № 3. – С. 70–2.

5. Ромек И.Г. Теория выученной беспомощности Мартина Селигмана / И.Г. Ромек // Журн. практич. психологии. – 2000. – № 3–4. – С. 218–235.

6. Laurence A. Bradley. Psychological aspects of arthritis / A. Laurence Bradley // Bulletin on the Rheumatic Diseases. – 1985. – Vol. 35, № 4. – P. 1–12.

7. Seligman M.E.P. Helplessness: on depression, development and death / M.E.P. Seligman, E.P. Martin. – N.Y.: W.H. Freeman, 1992. – 480 p.

References

1. Bazhin Ye.F. Metod issledovaniya urovnya subyektivnogo kontrolya / Ye.F. Bazhin, Ye.A. Galynkin, A.M. Etkind // Psikhologich. zhurn. 1984. T. 5, no. 3. pp. 152–162.

2. Granovskaya R.M. Zashchita lichnosti: Psikhologicheskiye mekhanizmy / R.M. Granovskaya, I.M. Nikolskaya. SPb: Znaniye, Svet, 1999. 352 p.

3. Dmitriyeva L.L. Metodika formalizovannoy otsenki nevrotycheskikh proyavleniy / L.L. Dmitriyeva // Zhurn. nevropatol. i psikiatrii. 1995. no. 5. pp. 77–80.

4. Klubova Ye.B. Issledovaniye struktury zashchitnykh mekhanizmov lichnosti u bolnykh alkogolizmom / Ye.B. Klubova // Obozn. psikiatrii i med. psikhologii. im. V.M. Bekhtereva. 1991. № 3. pp. 70–72.

5. Romek I.G. Teoriya vyuchennoy bespomoshchnosti Martina Seligmana / I.G. Romek // Zhurn. praktich. psikhologii. 2000. no. 3–4. pp. 218–235.

6. Laurence A. Bradley. Psychological aspects of arthritis / A. Laurence Bradley // Bulletin on the Rheumatic Diseases. 1985. Vol. 35, no. 4. pp. 1–12.

7. Seligman M.E.P. Helplessness: on depression, development and death / M.E.P. Seligman, E.P. Martin. 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., профессор кафедры госпитальной терапии Волгоградского государственного медицинского университета, г. Волгоград.

Работа поступила в редакцию 08.10.2013.