

УДК 616.72-002.77

ИЗУЧЕНИЕ ФОРМ АГРЕССИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Бурлай О.С., Грехов Р.А., Мякишев М.В.

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

В работе произведён анализ показателей и форм агрессивности, характерных для пациентов с ревматоидным артритом. Была выявлена определённая специфика агрессивных проявлений, которую можно точнее охарактеризовать как аутоагрессивную. Обследуемые достаточно враждебны, но внешне не агрессивны, что свидетельствует о трудностях отреагирования враждебных тенденций. Наиболее характерными формами агрессии для пациентов оказались чувство вины, косвенная агрессия и обида. Также подтверждено предположение о том, что само заболевание может рассматриваться как бессознательная форма выражения агрессии. Выводы исследования свидетельствуют о необходимости оказания больным с ревматоидным артритом психологической помощи, которая должна быть направлена на преодоление тенденций к саморазрушению, чувства вины и обиды, на снижение враждебности и развитие чувства безопасности, а также на развитие навыков конструктивного отреагирования агрессивных импульсов.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, агрессивность, враждебность

THE STUDY OF AGGRESSION FORMS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Burlay O.S., Grekhov R.A., Myakishev M.V.

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

The analysis of indicators and forms of aggression typical for patients with rheumatoid arthritis was performed in the article. The certain specificity of aggressive emotional expression that can be more accurately described as auto aggression was identified. Subjects were quite hostile, but not aggressive in outward appearance, demonstrating the difficulties to react hostile tendencies. The most common forms of aggression for the patients were feeling guilty, indirect aggression and grievance. Also, confirmed the assumption that the disease can be treated as a unconscious form of aggression. The findings of the study indicate the need of psychological assistance for patients with rheumatoid arthritis, which should aim to overcoming the tendency towards self-destruction, guilt and grievance, to reduce hostility and to reinforce sense of security, as well as on the development of skills of constructive react of aggressive impulses.

Keywords: rheumatoid arthritis, aggression, hostility

Существование взаимосвязей между психическими и соматическими проявлениями заболевания было подтверждено во многих исследованиях. Франц Александер, один из основателей современной психосоматики, большое значение в формировании симптомов отводит психодинамике эмоций, в частности глубине подавления аффекта и аффективного конфликта. Эмоция становится патогенной, если она не находит выражения в открытом поведении, т.е. если она не отреагирована [1]. Одной из базовых эмоций человека является агрессия, подавление и вытеснение которой также может выступать как важный симптомообразующий фактор.

Ревматоидный артрит относится к заболеваниям с недостаточно изученным патогенезом. В связи с этим остаётся актуальным изучение не только иммунобиологических, но и психосоматических предпосылок развития данного заболевания, в частности изучение показателей и форм агрессивности у данной группы пациентов, что и явилось **целью** настоящего исследования.

Материалы и методы исследования

Было обследовано 37 пациентов ревматологического отделения ГУЗ ГКБСМП № 25 с диагнозом ревматоидного артрита. Из них большинство (32 человека) были женщинами. Средний возраст пациентов составил $44,01 \pm 12,23$ года. Средняя длительность заболевания $6,68 \pm 5,4$ лет. Критериями включения в исследование пациентов РА явились: информированное добровольное согласие пациента; возраст старше 18 лет; соответствие диагностическим критериям Американской Коллегии Ревматологов (1991 г.); РА I–III рентгенологической стадии. В исследование не включались больные, не давшие согласие на обработку персональных данных.

Исследование проводилось с использованием методики диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки [5]. В структуру опросника включены шкалы: «физическая агрессия», «косвенная агрессия», «раздражение», «негативизм», «обида», «подозрительность», «вербальная агрессия», «чувство вины» и 2 индекса («индекс враждебности» и «индекс агрессивности»). Индекс враждебности представляет собой сумму сырых баллов по шкалам «обида» и «подозрительность», нормой является диапазон $6,5-7 \pm 3$ балла. Индекс агрессивности представляет собой суммы сырых баллов по шкалам «физическая агрессия», «вербальная

агрессия» и «раздражение», нормой является диапазон 21 ± 4 балла.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с использованием пакета «STATISTICA 6.0 for Windows» и программы «Biostatistics for Windows 4.03».

Результаты исследования и их обсуждение

В результате исследования было выявлено, что индекс агрессивности у 56,75% обследуемых оказался ниже нормы, у 40,55% была выявлена норма агрессивности и только 2,7% больных продемонстрировали высокие показатели агрессивности (рис. 1).

Индекс враждебности у 59,45% обследуемых в пределах нормы, у 32,43% была выявлена высокая враждебность, у 8,1% пациентов враждебность оказалась низкой (рис. 2).

Согласно одному из значений понятие «враждебность» – это «качество личности индивида воспринимать нейтрально или доброжелательно настроенных к нему людей своими личными врагами, лицами, представляющими непосредственную угрозу собственной безопасности...» [4]. Полученные данные указывают на то, что пациенты с ревматоидным артритом достаточно враждебны, но внешне не агрессивны, т.е. субъективное ощущение опасности у таких пациентов присутствует, но склонность к ожидаемым в данном случае защитно-агрессивным реакциям низка, и враждебные тенденции остаются неотреагированными.

Далее был произведен анализ отдельных форм агрессивности (рис. 3).

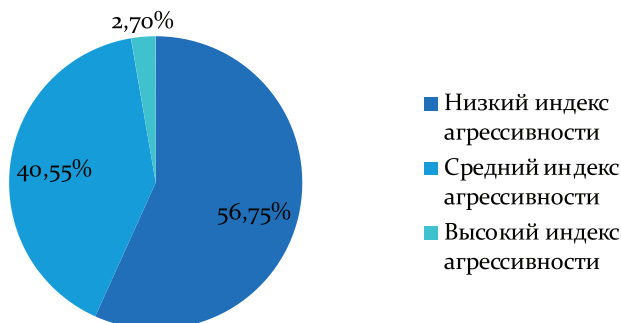


Рис. 1. Распределение уровня агрессивности у пациентов с ревматоидным артритом

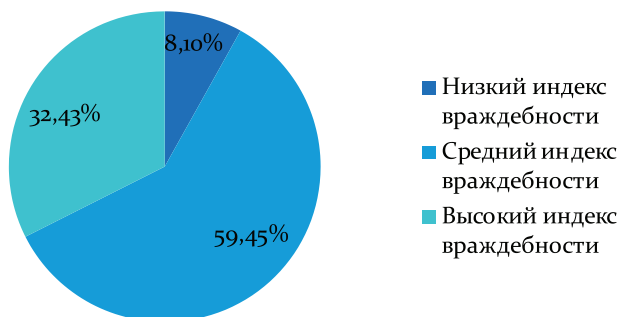


Рис. 2. Распределение уровня враждебности у пациентов с ревматоидным артритом

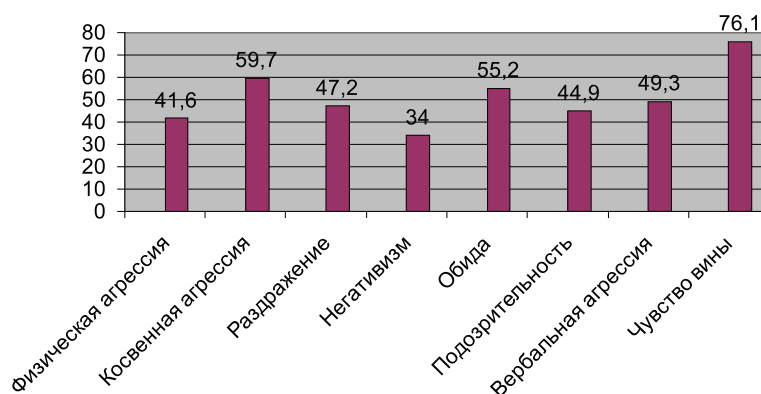


Рис. 3. Средние значения форм агрессивности у больных ревматоидным артритом

Привлекает внимание тот факт, что наиболее характерной для больных формой проявления агрессии является чувство вины (в среднем $76,1 \pm 21,12$ баллов). Это чувство, когда человек считает себя плохим, недостойным и часто испытывает муки совести, фактически представляет собой проявление аутоагрессии. Ревматоидный артрит является аутоиммунным заболеванием, т.е. вызванным патогенными иммунными реакциями, направленными против здоровых клеток и тканей собственного организма. Данные факты позволяют провести аналогию между психическими и соматическими механизмами развития заболевания, в основе которых лежат как психологические (посредством чувства вины), так и иммунные тенденции к саморазрушению. Психосоматические симптомы в том числе могут выполнять роль и бессознательного самонаказания, призванного облегчить чувство вины [3].

Также высокими оказались показатели косвенной агрессии (в среднем $59,7 \pm 22,81$ баллов) – агрессии, проявляемой в скрытой, замаскированной, более безопасной форме: сплетни, шутки, направленные против других людей, и ненаправленные взрывы ярости. Среднее значение по показателям обиды составило $55,2 \pm 22,81$ баллов, что говорит о свойственном для данной группы больных сочетании чувства гнева к обидчику и жалости к самому себе, при этом в качестве обидчика может восприниматься как отдельно взятый человек или группа людей, так и весь мир в целом. Чувство обиды не способствует конструктивному отреагированию агрессивных импульсов, а скорее ведёт к их подавлению и накоплению, что, по мнению ряда авторов, также является значимой предпосылкой развития психосоматических заболеваний [2].

Менее выраженными оказались показатели вербальной агрессии и раздражения – в среднем $49,3 \pm 22,35$ и $47,2 \pm 21,12$ баллов соответственно. Наименее склонны пациенты данной выборки к проявлениям подозрительности (в среднем $44,9 \pm 27,97$ балла), физической агрессии ($41,6 \pm 25,02$ балла) и негативизма ($34 \pm 23,97$ балла).

Значимых корреляций между показателями агрессивности и возрастом больных не обнаружено, однако показатели чувства вины, косвенной агрессии, а также раздражения значимо отрицательно ($p < 0,05$) коррелируют с длительностью заболевания. Данный факт подтверждает предположение о том, что само заболевание представляет собой специфическую бессознательную форму отреагирования агрессивных импульсов, направленных против собственного организма, и по мере возрастания длительности заболевания снижается потребность как в аутоагрессии, так и отчасти в выражении агрессии во внешний мир (в форме косвенной агрессии и раздражения).

Выводы

Результаты проведённого исследования свидетельствуют о том, что для больных с ревматоидным артритом свойственна определённая специфика агрессивных проявлений, которые можно точнее охарактеризовать, как аутоагрессивные. Само заболевание также можно расценивать как специфическую бессознательную форму выражения агрессии. Внешне такие больные не выглядят агрессивными, так как они более склонны проецировать агрессию на собственную личность, испытывать чувство вины или накапливать гнев в виде обиды, нежели активно проявлять агрессивные импульсы во внешний мир в виде физической агрессии, негативизма и др. Наряду с этим, пациенты относятся к миру достаточно враждебно, ощущают угрозу собственной безопасности, но эти чувства в большей своей части остаются неотрагированными. Выражать агрессию данным пациентам проще косвенно, замещая опасные объекты и формы проявления агрессии на более безопасные.

Данные выводы свидетельствуют о необходимости оказания больным с ревматоидным артритом не только медикаментозной, но и психологической помощи. Психологическая коррекция должна быть направлена на преодоление тенденций к саморазрушению, чувства вины и обиды, на снижение враждебности и развитие чувства безопасности, а также на развитие навыков конструктивно-го отреагирования агрессивных импульсов.

Список литературы

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. – М.: Изд-во Института общегуманитарных исследований, 2009. – 320 с.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: краткий учебник – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 376 с.
3. Елисеев Ю.Ю. Психосоматические заболевания: полный справочник. – М.: Изд-во ЭКСМО, 2003. – 608 с.
4. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии. – М.: Джангар, 2010. – 864 с.
5. Практикум по психологии состояний: учебное пособие / под ред. проф. О.А. Прохорова. – СПб.: Речь, 2004. – 408 с.

References

1. Aleksander F. Psihosomaticheskaja medicina. Principy i prakticheskoe primeneni-e. M.: Izd-vo Institut obshhegumani-tarnyh issledovanij, 2009. 320 p.
2. Brojtigam V., Kristian P., Rad M. Psihosomaticheskaja medicina: Kratkij uchebnik. M.: GJeOTAR MEDICINA, 1999. 376 p.
3. Eliseev Ju.Ju. Psihosomaticheskije zabolovanija. Polnyj spravochnik. M.: Izd-vo JeKSMO, 2003. 608 p.
4. Zhmurov V.A. Bol'shaja enciklopedija po psihiatrii. M.: Dzhangar, 2010. 864 p.
5. Praktikum po psihologii sostojanij: Uchebnoe posobie / Pod red. prof. O.A. Prohorova. SPb: Rech', 2004. 408 p.

Рецензенты:

Зборовский А.Б., д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии, военно-полевой терапии с курсом клинической ревматологии, ФУВ, ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград;

Шилова Л.Н., д.м.н., заведующая кафедрой госпитальной терапии, военно-полевой терапии с курсом клинической ревматологии, ФУВ, ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград.

Работа поступила в редакцию 04.06.2014.