

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Харченко С.А.<sup>1</sup>, Грехов Р.А.<sup>1</sup>, Сулейманова Г.П.<sup>1</sup>, Мякишев М.В.<sup>2</sup>, Зборовская И.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии», Волгоград, Россия, (400138, Волгоград, ул. им. Землячки, д. 76), e-mail: rheuma@vlpost.ru

<sup>2</sup>Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Волгоград, Россия, (400131, Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1), e-mail: mvmpost1@gmail.com

Проведено комплексное изучение особенностей формирования психологического статуса у 87 больных системной красной волчанкой, среди которых подавляющее большинство составили женщины (82,8%). Возраст больных составил в среднем  $35,33 \pm 1,77$  года. Изучались особенности невротического реагирования, отношение к своему заболеванию, уровень субъективного контроля и механизмы психологической защиты. Установлено, что развитие системной красной волчанки сопровождается формированием невротических расстройств, в большей степени астенией и тревогой и в меньшей степени депрессией и ипохондрией. Все шкалы невротических расстройств (астения, тревога, депрессия и ипохондрия) коррелировали с длительностью заболевания и возрастом больных. В отношении к своему заболеванию у больных системной красной волчанкой преобладали гармонический, эргопатический и сенситивный типы. Средние показатели уровня субъективного контроля у пациентов с системной красной волчанкой соответствовали экстернальным значениям (снижение уровня субъективного контроля) в общей сфере, неудач, производственных отношений, межличностного взаимодействия и здоровья. Напряженность действия механизмов психологической защиты в большей степени регистрировалась по шкалам гиперкомпенсации, проекции, интеллектуализации и регрессии. Данные статистического анализа свидетельствуют о существовании тесных межпсихологических взаимосвязей, указывающих на формирование у больных системной красной волчанкой такого психологического феномена, как «наученная беспомощности».

Ключевые слова: ревматология, системная красная волчанка, уровень субъективного контроля, психологическая защита, невротические расстройства, основное отношение к своему заболеванию

## PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS PATIENTS

Kharchenko S.A.<sup>1</sup>, Grekhov R.A.<sup>1</sup>, Suleymanova G.P.<sup>1</sup>, Myakishev M.V.<sup>2</sup>, Zborovskaya I.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Federal State Budgetary Institution «Research Institute of Clinical and Experimental Rheumatology», Volgograd, Russia, (76, Zemlyachki street, 400138), e-mail: rheuma@vlpost.ru

<sup>2</sup>Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, (1, Pavshikh Bortsov SQ., 400131.), e-mail: mvmpost1@gmail.com

A comprehensive study of the psychological status formation peculiarities in 87 patients with systemic lupus erythematosus, the majority of them were women (82.8%) was carried out. The patients were  $35,33 \pm 1,77$  years old in average. We studied the peculiarities of neurotic response, attitude to the disease, the level of subjective control and psychological defense mechanisms. It was established that the development of systemic lupus erythematosus is accompanied by formation of such neurotic disturbances as asthenia and anxiety, and hypochondria and depression in a small measure. All scales of neurotic disturbances (fatigue, anxiety, depression and hypochondria) correlated with disease duration and age of the patients. Regarding to attitude to the disease the harmonic, ergopathic and sensitive types were dominated in patients with systemic lupus erythematosus. Average level of subjective control in patients with systemic lupus erythematosus corresponded to externality values (reduction of subjective control) in the general field, failures, labor relations, interpersonal relationships and health. The tension of the mechanisms of psychological defense recorded on scales of hypercompensation, projection, intellectualization and regression. Statistical analysis of the data suggests the existence of close interpsychological relationships indicating the formation of «learned helplessness» state in patients with systemic lupus erythematosus.

Keywords: rheumatology, systemic lupus erythematosus, the level of subjective control, psychological defense, neurotic disturbances, the basic attitude to the disease

Системная красная волчанка (СКВ) — аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся гиперпродукцией широкого спектра органонеспецифических аутоантител к различным компонентам ядра и иммунных комплексов, вызывающих иммуновоспалительное повреждение тканей и нарушение функций внутренних органов [4].

При системной красной волчанке (СКВ) поражаются многие органы и системы организма, включая центральную нервную систему, что приводит к ряду нервно-психических синдромов, в том числе нейропатологических, таких как депрессия, астено-невротический синдром [4, 7]. Последние данные свидетельствуют, что распространенность депрессии у больных СКВ составляет от 11,5% и 47% [10]. Кроме того, недавнее исследование показало, что тяжесть депрессии увеличивается с нарастанием активности заболевания [12]. Появление новых методов лечения способствовало увеличению продолжительности жизни больных с СКВ. Однако согласно данным литературы каждое новое обострение при рецидивирующем течении заболевания прогрессивно ухудшает качество жизни пациентов с СКВ, интимные взаимоотношения, увеличивает тяжесть депрессии, повышает частоту суицидальных попыток [7]. У пациентов с СКВ часто выявляются стрессовые расстройства адаптации [8]. Негативным фактором, воздействующим на психологический фон больных СКВ, также считается применение кортикостероидов. Отмечено, что у больных СКВ с большой частотой наблюдаются побочные эффекты глюкокортикоидов и различные психические нарушения, такие как эйфория, бессонница, резкие изменения настроения, изменения личности, тяжелая депрессия, симптомы психоза [4, 7].

Изучение психосоматических соотношений при системной красной волчанке (СКВ) относится к приоритетным направлениям современной ревматологии. Перспектива исследований в этом направлении связана в первую очередь с изучением личностных особенностей и типов реагирования пациентов на болезнь, форм психологической защиты и компенсации. Тяжесть заболевания, быстрое снижение функциональных способностей, возрастание физического дискомфорта, а также необходимость постоянного приема лекарственных препаратов приводят больных СКВ к потере контроля над патологическим процессом, снижению самооценки и уверенности в себе, неудовлетворенности своим образом жизни, к развитию беспокойства, враждебности, агрессивности и депрессии. Этот факт и, как правило, негативная информированность больных о характере болезни и ее прогнозе делают лечебный процесс чрезвычайно ответственным и напряженным.

**Целью** работы являлось изучение психосоматических соотношений, интегрирующих отдельные свойства личности больных системной красной волчанкой, особенностей их

лично-средового взаимодействия и защитно-приспособительных механизмов.

### Материалы и методы

Под наблюдением находились 87 пациентов с СКВ, среди которых подавляющее большинство составили женщины (82,8%) в возрасте 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 1.

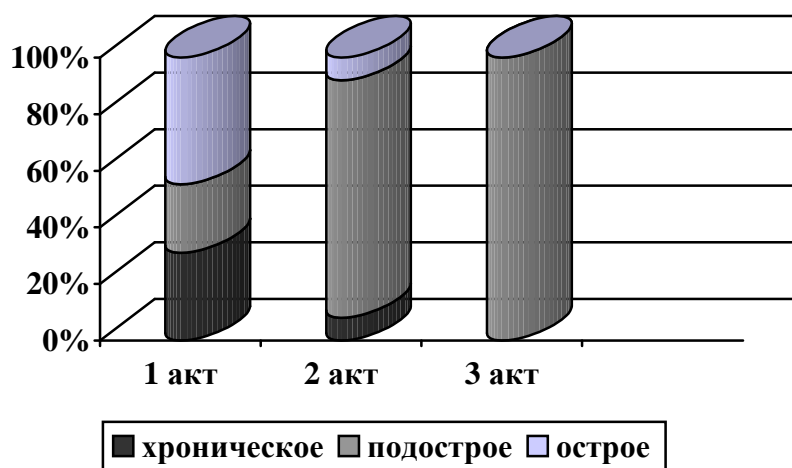


Рис. 1. Распределение больных по характеру течения и активности СКВ

С помощью батареи психодиагностических методик определялись выраженность астении, депрессии, тревоги, ипохондрии (методика формализованной оценки невротических проявлений) [4], уровень субъективного контроля (опросник «УСК») [1], типы реагирования на болезнь (методика «Тип отношения к болезни» – «ТОБОЛ») [2] и напряженность спектра механизмов психологических защит (опросник «Индекс Жизненного Стиля») [3].

### Результаты

В результате проведенных исследований было установлено, что развитие СКВ сопровождается формированием у больных невротических расстройств, которые были представлены в большей степени астенией (5,64 балла) и тревогой (5,57 баллов), в меньшей степени — депрессией ( $4,47 \pm 0,21$ ) и ипохондрией ( $4,73 \pm 0,21$ ). Основными клиническими проявлениями при этом являлись повышенная утомляемость, возбудимость, эмоциональная неустойчивость. Длительность заболевания и возраст больных СКВ прямо коррелировали со всеми шкалами теста УНП. Следовательно, чем больше длительность заболевания и старше больной, тем более выражены у него невротические расстройства.

По итогам обследования по методике «ТОБОЛ» модель структуры отношений к болезни пациентов СКВ была представлена преобладанием чистых типов — у 66 человек

(75,9% численности всей группы), причем адаптивные типы отношения к болезни составляли 53,7% численности выборки. В частности, эргопатический и гармонический типы диагностированы в равном количестве случаев — у 21 больного каждый (по 24,1%), анозогнозический — у 5 (5,7%). Смешанные типы отношения к болезни были обнаружены у 11 больных (12,6% численности обследованной группы). Их структура у всех 11 пациентов представлена преобладанием сенситивного (у 8 пациентов – 9,2%) и эргопатического (у 5 человек — 5,7% случаев) радикалов, из которых у двух пациентов диагностировался эргопатически-сенситивный тип. Число больных с диффузным типом отношения к болезни (комбинацией 3 и более типов) составляет 10 человек (11,5% всей численности группы). Так, ипохондрический радикал в типе отношения к заболеванию встречается у 8 больных (9,2%), меланхолический и паранойяльный – у 5 (5,75%) каждый, у каждого третьего – сенситивный, неврастенический и дисфорический.

Было также установлено, что высокий уровень астении сопряжен с ипохондрическим типом отношения к своему заболеванию (типом отношения к заболеванию) ( $K_s=0,27$  при  $p<0,05$ ), депрессия с сенситивным типом отношения к своему заболеванию ( $K_s=0,38$  при  $p<0,05$ ), тревога с сенситивным и эргопатическим типом отношения к своему заболеванию ( $K_s=0,35$  и  $K_s=0,34$ , соответственно, при  $p<0,05$ ), ипохондрия с ипохондрическим типом отношения к своему заболеванию ( $K_s=0,45$  при  $p<0,05$ ).

Показатели уровня субъективного контроля у пациентов с СКВ обнаруживают выраженную тенденцию к экстернальности (снижение уровня субъективного контроля) в общей сфере, а также в сферах неудач ( $3,63\pm 0,34$ ), производственных отношений ( $3,42\pm 0,21$ ), межличностного взаимодействия и особенно в отношении к здоровью ( $3,31\pm 0,32$ ). 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 (помощи врача), а то и счастливого случая. Эти изменения имеют немаловажное значение, утяжеляя клиническую симптоматику и препятствуя эффективности терапевтических мероприятий.

При анализе корреляционных показателей интернальности в подгруппах больных СКВ с высоким уровнем невротизации отмечено, что по мере повышения уровня депрессии снижаются показатели по шкалам общей интернальности, интернальности достижений и межличностных отношений ( $p< 0,05$ ). Также уровень тревоги отрицательно коррелировал с показателями межличностных отношений ( $p< 0,05$ ). По-видимому, больные не считают себя способными формировать свой круг общения, что может являться одной из составляющих внутреннего конфликта личности.

Результаты исследований свидетельствуют о напряженном действии у больных СКВ механизмов, обеспечивающих психологическую переработку связанных с болезнью проблемных ситуаций: «Реактивные образования» (по  $86,5 \pm 1,9$  баллов по процентильной 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 защит значительно вариабельнее.

Анализ распределения больных по доминирующим типам психологической защиты 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 1 случае было зарегистрировано использование в качестве основного типа «Компенсации». Наиболее информативные различия были получены в группах, отличающихся по половым признакам. У женщин отмечалась большая интенсивность психологической защиты типа «Реактивные образования» ( $p < 0,05$ ), а у мужчин — более высокая напряженность психологической защиты «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.

Показатели депрессии, тревоги, астении и ипохондрии прямо коррелировали с показателями психологической защиты «Реактивные образования» ( $p < 0,05$ ). Уровни астении и тревоги прямой коррелировали с напряженностью механизмов ПЗ типа «Регрессии» ( $r = 0,316$  и  $r = 0,365$ ; при  $p < 0,05$ ) и «Компенсации» ( $r = 0,340$  и  $r = 0,248$ ; при  $p < 0,05$ ), а астении и депрессии — с «Проекцией» ( $r = 0,399$  и  $r = 0,343$ ; при  $p < 0,05$ ).

Также «Реактивные образования» ( $K_s = 0,23$ ;  $p < 0,05$ ) имели сопряженность с эргопатическим типом отношения к своему заболеванию, «Отрицание» ( $K_s = 0,39$ ;  $p < 0,05$ ) и «Замещение» ( $K_s = 0,25$ ;  $p < 0,05$ ) с ипохондрическим типом отношения к своему заболеванию, «Проекция» ( $K_s = 0,32$ ) и «Компенсация» ( $K_s = 0,25$ ) с сенситивным типом отношения к своему заболеванию.

### **Обсуждение**

В результате проведенного статистического анализа полученного массива данных представляется возможным предложить следующую модель психосоматических

соотношений. Исходным моментом является осознание имеющегося личностного конфликта, связанного с фактом заболевания, и непринятие ответственности за происходящее на себя (экстернальность в сферах неудач, производственных отношений, межличностного взаимодействия и здоровья). Высокий уровень депрессии и тревоги как атрибут психологического конфликта включает механизмы психологической защиты, действующие «широким фронтом» за счет их большой напряженности – «блок психологических защит» (гиперкомпенсации, проекции, интеллектуализации и регрессии). Итогом их работы должно являться достижение адекватного уровня защитно-приспособительного реагирования во всех сферах отношений личности больных, в том числе и в виде формирования определенных типов отношения к болезни. У больных СКВ такими типами являются эргопатический, ипохондрический и сенситивный. Конкретный спектр этих типов определяется профилем используемых индивидом психологических защит и их напряженностью, во-первых, и выраженностью определенных систем личностных характеристик, во-вторых. Исходом является формирование определенной «внутренней концепции болезни» в составе внутренней картины болезни в виде недостатков «обученной беспомощности»: эмоциональных (тревога, депрессия, снижение самооценки), мотивационных (уменьшение попыток заниматься повседневной деятельностью) и когнитивных (неэффективность попыток выработать новую, адаптивную модель поведения) [5, 6, 7]. Эти недостатки взаимодействуют между собой и усиливают друг друга, трансформируются под влиянием защитно-приспособительных механизмов и потом отражаются в непосредственном поведении больных СКВ (несоблюдение режима приема медикаментов, низкий комплаенс).

### **Заключение**

Таким образом, выявленные нами взаимосвязи элементов внутренней картины болезни и личностных характеристик пациентов (участвующих определенным образом в формировании механизмов реагирования на заболевание) могут оказаться важными при изучении клинико-психологических особенностей хронических заболеваний, в частности внутренних конфликтов личности и механизмов их переработки.

### **Список литературы**

1. Бажин Е.Ф. Метод исследования уровня субъективного контроля / Е.Ф. Бажин, Е.А. Галынкин, А.М. Эткинд // Психологич. журн. — 1984. — Т. 5, № 3. — С. 152–162.
2. Вассерман Л.И., Букс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. О психологической диагностике типов отношения к болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при

нервно-психической и соматической патологии / Сб. научн. труд. / Под ред. Л.И. Вассермана, В.П. Зайцева. — 1990. — 87 с.

3. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. и др. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: Пособие для врачей и психологов. — СПб., 1998. — 48 с.

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

5. Клюквина Н.Г. Особенности клинических и лабораторных проявлений системной красной волчанки // Н.Г. Клюквина, Е.Л. Насонова. — 2012. — № 4. — С. 40–48.

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

7. Benchalak Maneeton, Narong Maneeton, Worawit Louthrenoo. Prevalence and predictors of depression in patients with systemic lupus erythematosus: a cross-sectional study *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2013;9 799-804

8. Dobkin P.L., da Costa D., Fortin P.R. et al. Living with Lupus: A Prospective Pan-Canadian Study. *J. Rheumatol* 2001;28:2442-2448.

9. Hugo F.J., Halland A.M., Spangenberg J.J. et al. DSM-III-R classification of psychiatric symptoms in systemic lupus erythematosus. *Psychosomatics* 1996; 37:262-269.

10. Iverson GL. Screening for depression in systemic lupus erythematosus - with the British Columbia Major Depression Inventory. *Psychol Rep.* 2002;90(3Pt2):1091-1096.

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

12. Omdal R., Waterloo K., Koldingsnes W. et al. Fatigue in Patients with/ Systemic Lupus Erythematosus: The Psychosocial Aspects. *J. Rheumatol.* 2003;30:283-287. 8

13. 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:**

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.