

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И СОСТОЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Представлены личностные особенности, а также состояние эмоциональной сферы и самооценки у больных ревматоидным артритом и ревматизмом. Показана необходимость проведения у таких пациентов психологической коррекции выявленных нарушений.

Ключевые слова: психологические особенности, ревматоидный артрит, ревматизм.

До настоящего времени остается актуальным изучение у больных с ревматоидной патологией психологических особенностей, влияющих на внутреннюю картину болезни, отношение к лечению и реабилитационным мероприятиям. Многосторонний подход к изучению данной группы болезней, которые включают и психодиагностические методы, дает возможность получить более целостную картину сложных нарушений при заболеваниях, отличающихся значительной частотой и тяжестью проявлений, существенно снижающих трудоспособность больных [1].

Недостаточной изученностью данных вопросов продиктована необходимость проведения исследования, цель которого — установление особенностей личности, эмоционального состояния и самооценки больных с ревматоидной патологией как необходимого подхода к их дифференцированному лечению.

Под наблюдением находились 51 больной ревматизмом (Р) — первая группа и 48 пациентов с ревматоидным артритом (РА) — вторая группа, контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц.

На начальном этапе исследования было установлено, что у больных с ревматоидной патологией имеют место особенности клинико-психопатологических проявлений как на симптоматическом, так и синдромологическом и нозологическом уровнях в зависимости от основного заболевания. Группы были гомогенными по всем антропометрическим показателям, кроме собственно критерия их формирования: наличие у больного одного из двух сопоставляемых заболеваний — Р (острая/хроническая ревматическая лихорадка) и РА. По большинству показателей психопатологические нарушения были более выраженными при Р, чем при РА. Исключение составляли «ограничение подвижности», «приступы злобы и агрессии», «установка на шадящий режим», «демонстративное поведение» и «зависимость». Кроме того, установлено, что при

РА наблюдаются большие изменения в структуре личности и поведенческие нарушения, чем при Р (в этой группе больных преобладают разного рода аффективные, когнитивные и соматоформные нарушения). Эти данные были подтверждены результатами патопсихологического исследования пациентов обеих групп.

Психодиагностическое исследование включало ряд методик, позволяющих изучить эмоциональную и личностно-мотивационную сферы, а также эмоциональные компоненты межличностных отношений. Для оценки эмоциональной сферы изучались эмоциональные компоненты отношения больного к значимым для него людям, понятиям и самому себе с помощью теста выбора цвета Люшера [2]. Цветовой тест отношений (ЦТО) применялся в соответствии с требованиями, изложенными в методических рекомендациях Е. Ф. Бажина и А. М. Эткинды [3]. Для изучения особенностей личности использовался опросник Р. Б. Кеттелла — Sixteen Personality Factor Questionnaire (16 PF), адаптированный А. Г. Шмелевым, В. И. Похилько, в интерпретации Д. Я. Райгородского [4], и шкала самооценки Т. Дембо и С. Рубинштейн [5]. Для обработки результатов психодиагностического исследования применялись статистические критерии, методы и расчетные технологии, известные своей высокой надежностью и эффективностью, т. е. способностью выявлять статистические закономерности: t -критерий Стьюдента, φ^* -критерий (угловое преобразование Фишера), коэффициент линейной корреляции Пирсона, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, а также критерий χ^2 (критерий согласия распределений Пирсона), дисперсионный анализ.

Патопсихологическое изучение характеристик личности с помощью опросника Кеттелла позволило определить профили личностных черт больных в обеих группах (рис. 1).

Коэффициент ранговой корреляции по Спирмену $r_s = 0,706$ при $p < 0,01$ (графики коррелируют,

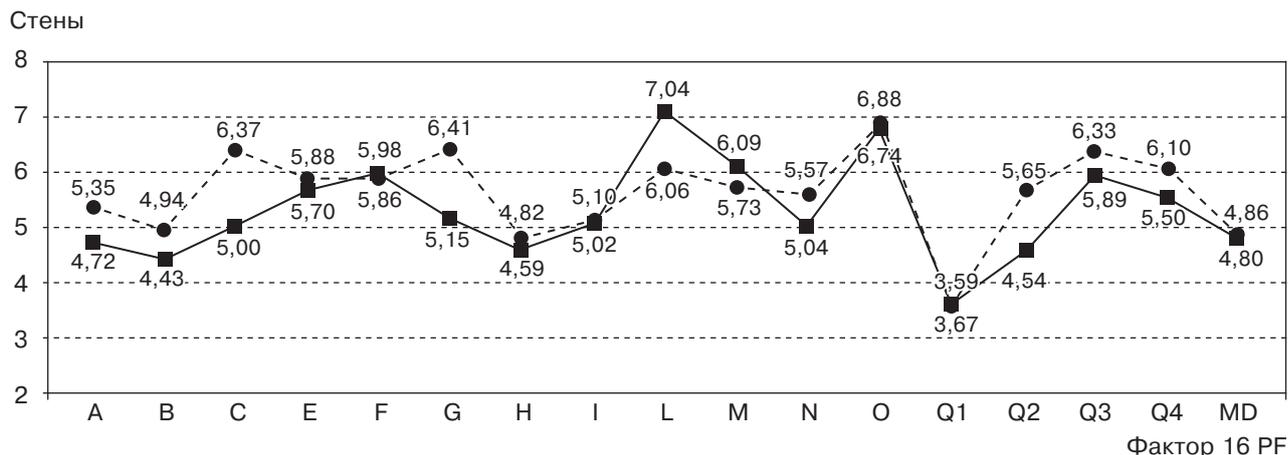


Рис. 1. Профили личностных черт, полученные с помощью теста Кеттелла, в группах сравнения: А — фактор общительности человека в группе; В — низкий — высокий интеллект; С — слабость — силы; Е — комфортность — доминантность; F — сдержанность — экспрессивность; G — супер-эго; Н — робость — смелость; I — мужественность — женственность; L — доверчивость — подозрительность; М — практичность — идеалистичность; N — прямолинейность; О — гипертермия — гипотермия; Q1 — консерватизм — радикализм; Q2 — зависимость от группы — самодостаточность; Q3 — низкое — высокое самомнение; Q4 — низкая — высокая эго-напряженность; MD — неадекватно низкая оценка: - - ● - - первая группа (P); —■— вторая группа (PA)

и их нельзя считать различными). Таким образом, структура личностных черт при P и PA аналогична, что позволило сделать вывод о том, что оба заболевания приводят к определенной деформации личностной структуры, а именно: к падению интеллектуальной продуктивности и сообразительности (фактор В), завышению показателей подозрительности (L) и тревожности (O), тенденции к утрированному консерватизму (Q1). Однако при сравнении групп по отдельным усредненным показателям 16 PF были выявлены и существенные различия, обусловленные нозологической спецификой.

Так, больные второй группы достоверно менее устойчивы в эмоциональном плане по сравнению с обследованными первой группы (фактор С, $p < 0,01$). Такая же картина наблюдается на шкале G (во второй группе показатель «совестливость» достоверно ниже, $p < 0,01$) и по фактору L (больные второй группы более подозрительны). В то же время обследованным второй группы более присущи черты конформизма (фактор Q2, $p < 0,05$). Таким образом, тест Кеттелла подтвердил, что рассматриваемые заболевания приводят к определенным изменениям личности и аффективного реагирования, причем при схожем характере этой деформации существуют и определенные нозологически обусловленные различия.

Исследование аффективно-эмоционального состояния выявило значительные отличия в ранжировании цветов у пациентов обеих групп (табл. 1).

Таблица 1

Основные тенденции ранжирования цветов в группах сравнения

Первая группа	Вторая группа
1-й выбор	1-й выбор
2 3 0 4 5 6 1 7	4 6 3 5 2 1 0 7
A = 3; KB = 1,2; W = 0,282	A = 3; KB = 2; W = 0,05
2-й выбор	2-й выбор
2 3 5 4 0 6 1 7	3 4 6 0 5 1 2 7
A = 2; KB = 1,2; W = 0,316	A = 4; KB = 3; W = 0,104

Примечание. А — индекс тревожности и неблагоприятных компенсаций; KB — коэффициент вегетативного баланса; W — коэффициент конкордации

Так, больные P в позиции «актуальное состояние» чаще помещали пару 04, которая интерпретируется как «внутреннее напряжение», «значительный стресс», «тенденция к пессимизму». У больных PA обращает на себя внимание пара 46 в начале ряда: проективный признак истощения, императивной потребности в комфорте и избавлении от проблем. Пациенты обеих групп устойчиво (и в первой, и во второй раскладках) отодвигают синий цвет в конец ряда как симптом беспокойства, напряжения, неудовлетворенности.

Индекс А в первом выборе одинаково высок в обеих группах и равен 3. Завышен (в сторону

напряжения) также КВ, причем эта тенденция более выражена у больных РА. Наконец, следует отметить крайнюю рассогласованность, разнообразие, неоднотипность цветовых рядов во второй группе: W чрезвычайно низок и составляет всего 0,05 в отличие от практически нормативного $W = 0,282$ у больных Р.

В повторных исследованиях, поскольку процедура уже знакома обследуемым, обычно наблюдаются снижение уровня тревожности и тестового напряжения. Данная тенденция, по мнению Л. Н. Собчик, имеет прогностически важное значение для предсказания редукции либо усугубления тревожного радикала. Действительно, в первой группе индекс А снизился с 3 до 2 (хотя КВ остался на прежнем уровне — 1,2). В повторном ранжировании цветов преобладает проекция истероидных черт: усредненный ряд начинается сочетанием 2354. Единая тенденция (однотипность выборов) возросла до $W = 0,316$.

В группе больных РА ретестовая ситуация прямо противоположна. Признаки внутреннего напряжения не ослабевают, а нарастают: А = 4 (вместо первичного А = 3), КВ = 3 (вместо КВ = 2). Несколько возрос $W = 0,104$, но и он далек от нормативного. В позиции актуального состояния находится пара 60, обозначающая проекцию фрустрированной потребности в покое и комфорте (прежде всего психофизиологическом).

Проверка иерархии эмоциональных значимостей у больных обеих групп на подобие/различие показала, что порядок ранжирования коррелирует: $r_s = 0,767$. Другими словами, структура эмоциональных значимостей при сравниваемых заболеваниях весьма близка: с цветами первых рангов ассоциировались такие понятия, как «желаемое будущее», «дети», «мама», а отвергались «болезнь», «состояние после диагноза», «работа» (в последнем случае, очевидно, речь идет о дезактуализации понятия, учитывая высокий показатель больных с той или иной группой инвалидности).

Нозологически обусловленные особенности состоят, прежде всего, в том, что у больных Р собственный образ оказался лишь на девятом месте в иерархии значимостей, тогда как во второй группе понятие «Я» занимает третью позицию. Кроме того, у больных РА на первом месте в списке оказался образ отца, что практически никогда не встречалось в выборках здоровых лиц и не наблюдалось в группе пациентов с ревматизмом, где понятие «папа» стоит лишь шестым в списке. Возможно, в какой-то степени этот статистический феномен связан с проблемой зависимости больных РА от внешней опеки: образу отца они бессознательно атрибутируют функции ответственной и надежной протекции.

Выявлены определенные различия при прямом попарном сравнении усредненных рангов. Так, «желаемое будущее» для больных Р обладает достоверно более высокой значимостью, чем для пациентов с РА (соответственно $2,59 \pm 0,17$ и $3,59 \pm 0,36$, $p < 0,01$). Кроме того, больные Р в большей степени отвергают понятие «болезнь», чем пациенты с РА (соответственно $7,04 \pm 0,26$ и $5,85 \pm 0,42$ ($p < 0,05$) (табл. 2).

Таблица 2

Иерархия эмоциональных значимостей в группах сравнения

Первая группа	Вторая группа
1. Будущее желаемое (2,59)	1. Папа (3,21)
2. Дети (3,06)	2. Дети (3,24)
3. Мама (3,08)	3. Я (3,32)
4. Здоровье (3,49)	4. Мама (3,53)
5. Друзья (3,65)	5. Будущее желаемое (3,59)
6. Папа (3,69)	6. Друзья (4,03)
7. Мое поведение (3,76)	7. Мое поведение (4,09)
8. Будущее реальное (4,00)	8. Прошлое (4,21)
9. Я (4,08)	9. Состояние до установления диагноза (4,32)
10. Супруг (4,24)	10. Здоровье (4,38)
11. Состояние до установления диагноза (4,25)	11. Будущее реальное (4,65)
12. Мое настроение (4,27)	12. Супруг (4,79)
13. Прошлое (4,33)	13. Мое настроение (4,88)
14. Работа (4,49)	14. Работа (5,12)
15. Состояние после установления диагноза (5,49)	15. Состояние после установления диагноза (5,85)
16. Болезнь (7,04)	16. Болезнь (5,85)

Было установлено, что большинство понятий связывалось с каждым из восьми цветов примерно с равной частотой (т. е. нельзя было утверждать, что какой-то цвет чаще других ассоциируется со стимулом). Как было показано, вторая группа отличалась полиморфизмом реакций на цвет и практически не обнаруживала каких-либо общих тенденций цветового ранжирования. Так, в первой группе с понятием «мама» большинство респондентов (41,2%) связали красный цвет. По Люшеру, это активный, «волевой», оперативный, управляющий цвет — по всей вероятности, именно эти черты в образе

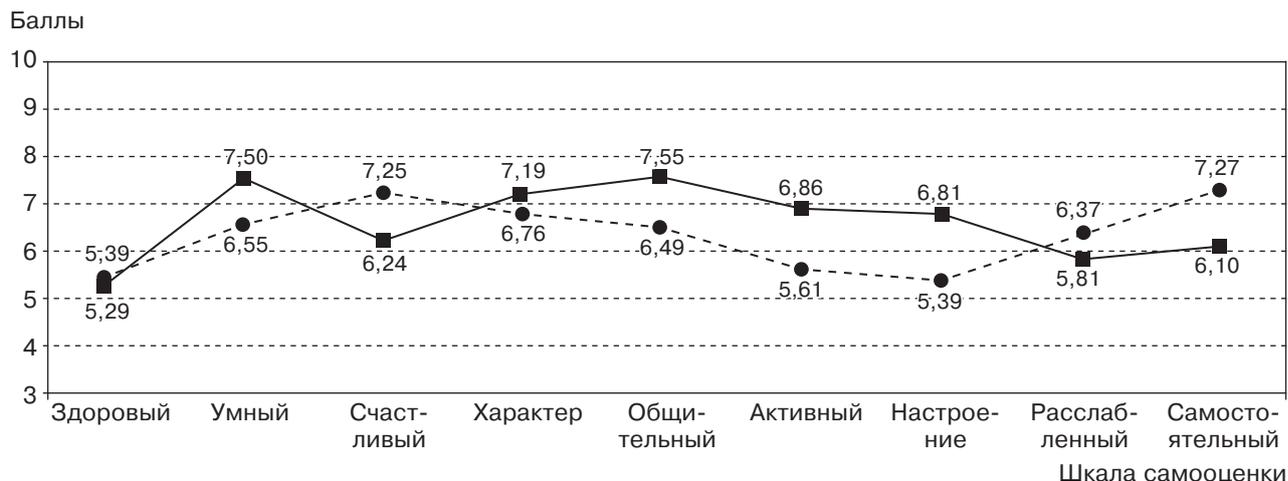


Рис. 2. Профили самооценки в группах сравнения: - - ● - - первая группа (P); —■— вторая группа (РА)

матери являются для больных P первостепенными и наиболее эмоционально значимыми. Образ отца больные первой группы чаще всего (31,4% случаев) связывали с коричневым цветом: индикатор потребности в снижении тревоги и напряжения, в психологическом и физическом комфорте; вероятно, понятие «папа» вызывало у больных этой группы достаточно дискомфортные ассоциации. «Работа» связывалась преимущественно с зеленым цветом (43,1% опрошенных) — это цвет «гибкости воли», потребности в самоутверждении и самоуважении. Больные РА с зеленым цветом чаще всего (41,1% случаев) связывали не «работу», а «здоровье». Это свидетельствует о том, что болезненное состояние у пациентов второй группы вызывает значительно более выраженное чувство профессиональной несостоятельности и нереализованности. У пациентов с ревматизмом понятие «прошлое» чаще всего ассоциировалось с фиолетовым цветом — смешанным, сложным, который несет во многом иррациональный символический смысл. Можно предположить, что здесь имела место проекция той «ностальгии», которую хронически больной человек испытывает на фоне ограниченного социального и личного функционирования по собственной многообразной и насыщенной преморбидной жизни. Наконец, у больных обеих групп устойчиво, в достоверном значительном количестве случаев (56,9% пациентов с P и 44,1% больных РА) понятие «болезнь» ассоциировалось с черным цветом — символом и «генератором» наиболее пессимистических, негативистических, агрессивно-протестных эмоций.

Профили самооценки в группах сравнения имеют достоверно различную структуру: коэффициент ранговой корреляции $r_s = 0,187$, $p > 0,05$.

Иначе говоря, графики (рис. 2) свидетельствуют о принципиально разных тенденциях

самооценочной декларации у больных P и у пациентов, страдающих РА. При этом весьма затруднительно считать один из графиков преобладающим: одни шкалы относительно выше в первой группе, другие — во второй. Действительно, если просто усреднить все самооценочные баллы, то для больных P средний бал составляет 6,34, а для пациентов с РА — 6,59, т. е. они практически одинаковые.

Таким образом, у больных P и РА установлен характер личностных особенностей, а также отличия, связанные с нозологией. Больные РА менее устойчивы в эмоциональном плане и характеризуются более выраженными чертами конформизма в отличие от пациентов с P. Психодиагностическое изучение эмоциональной сферы дало возможность объективизировать уровень тревожности и неблагоприятные компенсации, а также вегетативный дисбаланс, которые были более выражены в группе больных РА. Результаты изучения эмоциональных компонентов межличностных отношений позволили установить иерархию эмоциональных значимостей больных. Профили самооценки опрошенных характеризовались принципиально разными тенденциями с повышением ряда шкал у больных P и понижением других шкал у пациентов с РА. Полученные данные о личностных особенностях, состоянии эмоциональной сферы, характере эмоциональных компонентов отношения больного к значимым для него людям, понятиям, самому себе, болезни, а также самооценке требуют учета при проведении психокоррекционной работы.

Литература

1. Эрдес Ш. Ф. Инвалидность взрослого населения России, обусловленная ревматическими заболеваниями / Ш. Ф. Эрдес, О. М. Фоломеева // Рус. мед. журн. Независимое издание для практикующих врачей.— 2007.— Т. 15, № 26.— С. 1946–1950.

2. Магия цвета.— Харьков: Сфера; Сварог, 1996.— 432 с.
3. *Бажин Е. Ф.* Цветовой тест отношения: метод. рекомендации / Е. Ф. Бажин, А. М. Эткинд.— Л.: ЛНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1985.— 18 с.
4. *Райгородский Р. Я.* Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ. / Р. Я. Райгородский.— Самара: Бахрах-М, 2007.— 672 с.
5. *Блейхер В. М.* Клиническая патопсихология / В. М. Блейхер.— Ташкент, 1976.— С. 140–142.

ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА СТАН ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ХВОРИХ ІЗ РЕВМАТОЇДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

В. О. ЩЕРБАНЬ

Подано особистісні особливості, а також стан емоційної сфери та самооцінки у хворих на ревматоїдний артрит та ревматизм. Показано необхідність проведення у таких пацієнтів психологічної корекції виявлених порушень.

Ключові слова: психологічні особливості, ревматоїдний артрит, ревматизм.

PERSONALITY CHARACTERISTICS AND CONDITION OF THE EMOTIONAL SPHERE OF PATIENTS WITH RHEUMATOID DISEASES

V. O. SCHERBAN

Personal characteristics as well as the emotional state and self-esteem of the patients with rheumatoid arthritis and rheumatism are presented. The necessity of psychological correction of the disorders is emphasized.

Key words: psychological characteristics, rheumatoid arthritis, rheumatism.

Поступила 18.03.2013