

Взаимосвязь психологического благополучия и уровня субъективного контроля при ревматоидном артрите с разной клинической картиной (предварительные данные)

Лебедева В.В.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А.

Балабанова Е.С., Лебедева Н.Ю.

АНО ВО «Московский гуманитарный университет»

Соколова Т.А.

Российский национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Муравьев Ю.В.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой», Москва

Резюме. В статье представлены результаты исследования взаимосвязи психологического благополучия и уровня субъективного контроля у больных ревматоидным артритом. Изучается вопрос о зависимости направления и силы взаимосвязи психологического благополучия и интернальности личности от показателей клинической картины заболевания. Учет данных психологических закономерностей необходим в медицинской практике для коррекции терапии у больных с разным течением заболевания. Так, важным направлением работы психолога с больными ревматоидным артритом по снижению виктимных тенденций выступает развитие личностных качеств сознательного и ответственного субъекта, с высоким уровнем субъективного контроля и способности к рефлексии.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, психологическое благополучие, уровень субъективного контроля, социальная виктимизация.

DOI: 10.5281/zenodo.4066834

Бурное развитие ревматологии в настоящее время обусловлено не только улучшением диагностики и высокоэффективных методов лечения ревматоидного артрита (РА), но и активным исследованием проблемы сопутствующих (коморбидных) расстройств и заболеваний. В частности, причин, особенностей течения и взаимовлияния психических расстройств и РА. Известно, что расстройство тревожно-депрессивного спектра (РТДС) встречается у 93,6% больных РА, а развитие хронических вариантов депрессивных расстройств, как правило, на несколько лет опережает дебют РА или совпадает с ним [5]. Поэтому проблема психологического благополучия больных РА весьма актуальна, поскольку зависит от нарастающих социальной виктимизации, геополитических изменений, явлений глобализации, и необходимости психологической профилактики и коррекции [1].

Исследования больных РА демонстрируют, что некоторые психологические особенности позволяют одним больным достаточно успешно адаптироваться к новым условиям жизни с хроническим заболеванием. У других, на фоне неадаптивного отношения к болезни, развиваются психопатологические состояния, требующие психологической и медикаментозной терапии [2]. Психологические особенности таких пациентов характеризуются в первую очередь, потерей субъектности, низкой степенью самоконтроля и рефлексии по поводу своей болезни, развитием депрессивных тенденций [3,8].

Указанные обстоятельства определили цель исследования: оценить взаимосвязь психологического благополучия и уровня субъективного контроля у больных ревматоидным артритом с разными клиническими проявлениями.

Материал и методы. В исследование были включены 25 больных ревматоидным артритом (РА), соответствующих классификационным критериям Американской коллегии ревматологов (ACR) 1987 года, последовательно госпитализированных в клинику ФГБНУ НИИР имени В.А. Насоновой и подписавших информированное согласие на участие в исследовании; женщин – 18, мужчин – 7, возраст – от 21 года до 69 лет, с длительностью заболевания от 6 месяцев до 36 лет, с умеренной (14 больных) и высокой (11 больных) степенью активности заболевания. Вторая рентгенологическая стадия отмечалась у 8, третья – у 10, четвертая – у 7 больных. Оценивали активность РА по индексу DAS28, рентгенологическую стадию по Штейнбрюккеру, показатель качества жизни по HAQ, выраженность боли по ВАШ (визуальная аналоговая шкала боли 0–100) [7]. Также были использованы психологические методики «Шкала психологического благополучия» К. Рифф [4] и опросник «Уровень субъективного контроля» [6].

Методы математической статистики. Для анализа полученных эмпирических данных использовались описательная статистика, критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ Спирмена, кластерный анализ.

Результаты. В результате кластерного анализа были определены две группы, различающиеся по выраженности болевого синдрома: 15 больных (группа 1), имеющие показатели боли по шкале ВАШ от 30 до 69 (умеренный болевой ощущения) и 10 (группа 2), имеющие показатели боли по шкале ВАШ от 70 до 80 (маж = 100) – выраженные болевые ощущения.

Средние значения исследуемых психологических показателей в группах больных РА с разной клинической картиной заболевания представлены в таблице 1.

Таблица 1. Средние значения и стандартные отклонения исследуемых психологических показателей в группах больных РА

Показатели	Группа 1 М±σ	Группа 2 М±σ
Позитивные отношения с другими	62,8±8,5	65,1±9,7
Автономия	57,3±7,4	52,5±8,8
Управление средой	61,9±8,2	57,4±8,1
Личностный рост	63,4±6,4	64,1±6,4
Цели в жизни	65,1±8,9	61,8±6,6
Самопринятие	54,8±9,9	54,1±8,9
Психологическое благополучие	368,7±35,3	356,7±38,1
Интернальность общая	4,6±1,7	4,3±1,9
Интернальность в области достижений	6,6±1,8	6,2±2,6
Интернальность в области неудач	4,5±2,4	3,8±1,5
Интернальность в семейных отношениях	4,9±2,0	5,3±2,7
Интернальность в производственных отношениях	4,4±1,8	4,2±1,4
Интернальность в области межличностных отношений	6,5±1,8	6,2±0,9
Интернальность в отношении здоровья и болезни	4,3±1,6	3,9±1,9

Согласно применяемой методике [4], у больных группы 1 (респонденты с умеренным болевым синдромом) показатели психологического благополучия «автономия» и «личностный рост» имеют значения в пределах нормативных или чуть выше. Показатели психологического благополучия «позитивные отношения с другими», «управление средой», «цели в жизни» и «самопринятие» имеют средние значения, отклоняющиеся от нормы в сторону снижения, особенно это проявляется у показателя «позитивные отношения с другими». В целом показатель психологического благополучия личности у больных группы 1 находится на среднем уровне.

Респонденты группы 1 характеризуются как имеющие трудности в установлении доверительных отношений с окружающими, недостаточной изолированностью, нежеланием поддерживать важные связи с другими людьми. Они испытывают сложности в организации повседневной деятельности, чувствуют себя неспособным изменить или улучшить складывающиеся жизненные обстоятельства, слабо используют представляющиеся возможности. Однако, при этом они открыты новому опыту, способны к самореализации, могут проявлять самостоятельность и независимость, регулировать свое поведение. Они осознают свои цели и намерения, чувствуют жизненной направленности, определяют перспективы и смысл жизни. Однако, они не довольны собой и часто разочарованы своим прошлым, испытывает беспокойство в отношении своих личных качеств.

Согласно данным используемой методики [6] им свойственен высокий уровень субъективного контроля в области достижений и в области межличностных отношений. Здесь интернальность проявляется в контроле над эмоционально положительными событиями и ситуациями. Респонденты данной группы в большинстве своем полагают, что они сами добились всего того, что было и есть в их жизни. Они

могут контролировать свои формальные и неформальные отношения с другими людьми, вызывать к себе уважение и симпатию. Показатель общей интернальности, а также уровень субъективного контроля в области неудач, в семейных отношениях, в производственных отношениях и в отношении здоровья и болезни в данной группе респондентов снижены. В перечисленных сферах жизнедеятельности они не видят связи между своими действиями и значимыми для них событиями жизни, не всегда способны контролировать эту связь и полагают, что большинство событий и поступков являются результатом случая или действий других людей. Они считают не себя, а своих партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в их семьях, придают большее значение внешним обстоятельствам – руководству, товарищам по работе. В области здоровья и болезни локус контроля сдвинут в сторону экстернальности; полагание на случай и помощь других людей, прежде всего врачей, являются характерными для респондентов данной группы.

В группе 2 (респонденты с выраженным болевым синдромом) показатели психологического благополучия «позитивные отношения с другими» и «личностный рост» имеют средние значения в пределах нормы или чуть выше. Показатели психологического благополучия «автономия», «управление средой», «цели в жизни» и «самопринятие» имеют средние значения, отклоняющиеся от нормы в сторону снижения [3]. Общий показатель психологического благополучия личности у больных в группе 2, снижен по сравнению с нормативным и по сравнению с показателем в группе 1, но также находится на среднем уровне.

Респонденты группы 2 характеризуются как имеющие в целом удовлетворительные, доверительные отношения с окружающими, стремящиеся вовлечь в свое окружение большое количество людей, ориентированы на формирование социальных связей и

контактов У них меньшей развита потребность в новом опыте, в самореализации. Их цели в жизни достаточно ограничены и не являются источниками смысла жизни. Принимаемые ими решения в большей степени зависят от мнения и оценки окружающих, они во многом полагаются на мнение близких и других окружающих их людей. Кроме того, респонденты данной группы испытывают серьезные сложности в организации повседневной деятельности, не довольны собой, имеют неадекватную самооценку.

У респондентов группы 2 также, как и у респондентов группы 1, высокий уровень субъективного контроля определяется в области достижений и в области межличностных отношений, но значения показателей чуть ниже, по сравнению с респондентами группы 1. Субъективный контроль присутствует над эмоционально положительными событиями и ситуациями. Респонденты данной группы достаточно высоко оценивают свой личный вклад в организацию своей жизни, склонны развивать формальные и неформальные отношения с другими людьми. Специфической характеристикой респондентов группы 2 выступает достаточно высокая интернальность в семейных отношениях, они считают себя ответственным за события, происходящие в их семейной жизни и видят себя и свои поступки причинами значимых

ситуаций, возникающих в их семьях. Значения общего показателя интернальности и показателя интернальности в производственных отношениях снижены, респонденты не видят связи между важными жизненными событиями и своими действиями в области работы и карьеры и полагают, что большинство событий и поступков являются результатом случая или действий других людей. Экстернальный локус контроля проявляется в данной группе более всего в области неудач и в отношении здоровья и болезни. Респонденты склонны приписывать ответственность за происходящие с ними события другим людям или считать происходящее с ними результатом невезения. Они придают большее значение внешним обстоятельствам, везению-невезению. Важно отметить, что для них здоровье и болезнь есть результат случая и они надеются на то, что выздоровление придет в результате действий и помощи других людей, прежде всего врачей.

В результате сравнительного анализа показателей психологического благополучия и интернальности личности по критерию Манна-Уитни в группах больных РА, различающихся по клинической картине заболевания, статистически значимое различие было обнаружено только по одному показателю – показателю психологического благополучия «автономия» (таблица 2).

Таблица 2. Результаты сравнения показателей психологического благополучия и интернальности по критерию Манна-Уитни в 1 и 2 группах

Показатель	Группа 1	Группа 2	U	Z	Уровень значимости
Автономия	138,0000	72,0000	35,000	-2,198	0,024*

В группе больных РА с умеренным болевым синдромом значение данного показателя больше, чем в группе больных РА с выраженным болевым синдромом, и оно немного выше нормативного. В группе 2 значение данного показателя ниже нормы. Выраженность данного показателя характеризует респондента как самостоятельного и независимого, способного противостоять попыткам общества заставить думать и действовать определенным образом, он может самостоятельно регулировать собственное поведение, оценивать себя в соответствии с личными критериями. Слабая выраженность – характеризует респондента как зависящего от мнения и оценки окружающих, полагающегося в принятии важных решений на мнение других, поддающегося влиянию окружения.

Корреляционный анализ исследуемых психологических показателей и показателей клинической картиной заболевания обнаружил значимые взаимосвязи между психологическим благополучием и интернальностью личности, а также характеристиками течения заболевания, определяющими тяжесть клинической картины.

Так, в группе 1 (респонденты с умеренным болевым синдромом) общий показатель психологического благополучия и показатель психологического благополучия «цели в жизни» имеют положительные взаимосвязи с показателем интернальности в области семейных отношений ($r=0,65^*$ и $r=0,83^*$, соответственно). Учитывая средние значения исследуемых

показателей, можно сказать, что при сдвиге локуса контроля в области семейных отношений в сторону экстернального человек в меньшей степени считает себя ответственным за события, происходящие в его семейной жизни, при этом у него в меньшей степени присутствует целеполагание и чувство жизненной направленности, наполненность жизни смыслом и более низкое психологическое благополучие личности в целом.

Также определены положительные взаимосвязи показателя психологического благополучия «автономия» с общим показателем интернальности ($r=0,94^*$) и с показателями интернальности в области достижений ($r=0,69^*$) и в области производственных отношений ($r=0,68^*$). Чем выше у респондента уровень субъективного контроля над эмоционально положительными событиями и ситуациями, чем адекватнее самооценка личного вклада в свою жизнь и в организацию собственной производственной деятельности, тем больше он проявляет самостоятельность, независимость, способность противостоять влиянию других и регулировать свое поведение.

Статистически значимая отрицательная взаимосвязь установлена между показателем психологического благополучия «личностный рост» и показателем интернальности в области здоровья ($r=-0,70^*$). Чем более респондент открыт новому опыту, испытывает чувство реализации своего потенциала и прекращающегося развития, чем больше он ориенти-

рован на личностный рост, тем меньше у него присутствует субъективный контроль в области здоровья. Он в большей степени считает болезнь результатом случая, не склонен проявлять ответственное отношение к своему здоровью.

Корреляционный анализ показателей клинической картины РА, психологического благополучия и интернальности личности в данной группе определил положительные взаимосвязи показателя оценки качества жизни с показателями психологического благополучия «позитивные отношения с другими» ($r=0,72^*$) и интернальности в межличностных отношениях ($r=0,72^*$). Чем менее у респондентов данной группы выражены нарушения жизнедеятельности и имеются функциональные ограничения активности в повседневной жизни, тем в меньшей степени они направлены на формирование доверительных отношений с окружающими и менее идут на взаимные уступки. Также в данной группе обнаружены статистически значимые положительные взаимосвязи показателя длительности заболевания и показателей психологического благополучия «автономия» ($r=0,78^*$) и показателя общей интернальности ($r=0,79^*$). Чем дольше болеет человек, тем более развит у него субъективный локус контроля и тем выше его психологическое благополучие. Очевидно, что у данных респондентов вырабатывается адаптивный тип отношения к заболеванию.

В группе 2 (респонденты с выраженным болевым синдромом) определились специфические для данной группы корреляционные связи исследуемых показателей. Так, общий показатель психологического благополучия и показатель «цели в жизни» имеют положительные корреляции с показателем интернальности в области производственных отношений ($r=0,84^*$ и $r=0,80^*$, соответственно). Чем выше у респондента уровень субъективного контроля над организацией собственной производственной деятельности, над взаимоотношениями в коллективе, в своем карьерном продвижении и взаимодействии с руководством, тем в большей степени респондент ориентирован и направлен на достижение жизненных целей, тем больше его жизнь имеет смысл, и, в целом, его психологическое благополучие на данном жизненном отрезке выше (актуальное состояние).

Кроме того, показатель психологического благополучия «автономия» положительно связан с показателем интернальности в области семейных отношений ($r=0,72^*$). Чем менее человек самостоятелен и подвержен влиянию других, тем в меньшей степени он считает себя ответственным за события, происходящие в его семейной жизни, меньше рефлексировать взаимоотношения в семье.

В группе 2, в отличие от группы 1, показатель оценки качества жизни обнаружил отрицательную взаимосвязь с показателями психологического благополучия «позитивные отношения с другими» и «цели в жизни» ($r=-0,76^*$ и $r=-0,82^*$, соответственно). Чем более у респондентов данной группы выражены нарушения жизнедеятельности и имеются серьезные функциональные ограничения активности в повседневной жизни, связанные с сильными болевыми ощущениями, тем в меньшей степени отношения ре-

спондентов с другими людьми можно охарактеризовать как удовлетворительные, у них снижена доверительность в отношениях с окружающими, отсутствует привязанность и близость, возникают конфликты. Также они испытывают трудности в осмыслении своей жизни, имеют мало перспективных целей или намерений.

Также показатель оценки качества жизни отрицательно взаимосвязан с показателями интернальности в области неудач ($r=-0,70^*$) и интернальности в семейных отношениях ($r=-0,78^*$). Чем более у респондентов данной группы выражены нарушения жизнедеятельности и имеются функциональные ограничения активности в повседневной жизни, тем в меньшей степени они считают себя ответственным за события, происходящие в их семейной жизни, а причиной значимых ситуаций, возникающих в его семье, они считают не себя, а своих партнеров и тем менее у них развито чувство субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, что проявляется в склонности обвинять других людей в случающихся с ними неприятностях и страданиях.

Кроме того, индекс активности РА отрицательно взаимосвязан с показателем общей интернальности ($r=-0,68^*$) и с показателем интернальности в области достижений ($r=-0,64$). Чем выше активность заболевания, тем в более выражен у респондентов экстернальный локус контроля, в целом, а также в большей степени респонденты склонны приписывать ответственность за отрицательные события и ситуации, происходящее в их жизни, другим людям или считать эти события результатом невезения. Данные тенденции выступают характеристиками виктимной личности.

Таким образом, по результатам исследования можно сделать следующие выводы:

1. В целом у больных РА с умеренным и выраженным болевым синдромом определен средний уровень психологического благополучия личности. Однако в группе 1 он незначительно выше, чем в группе 2. Особенностью группы 1 является большая выраженность компонента психологического благополучия «автономия», а группы 2 – чуть большая выраженность компонента «позитивные отношения с окружающими».

2. Сравнительный анализ показателей психологического благополучия в группах больных, различающихся тяжестью клинической картины заболевания, установил статистически значимое различие только по показателю психологического благополучия «автономия». Респондентов группы 1 в большей степени характеризует самостоятельность и независимость, способности противостоять влиянию других, регулировать собственное поведение и оценивает себя в соответствии с личными критериями. Респонденты группы 2 в большей степени зависят от мнения и оценки окружающих и поддаются влиянию, в принятии важных решений они часто полагаются на мнение других.

3. В данной выборке больных ревматоидным артритом локус контроля в целом сдвинут в сторону экстернального. Наибольшая экстернальность

наблюдается в области неудач и в отношении здоровья и болезни, особенно у респондентов с выраженным болевым синдромом. Интернальность определяется только в областях достижений и межличностных отношений в обеих группах респондентов, то есть, независимо от выраженности болевого синдрома. Однако, в группе больных ревматоидным артритом с выраженным болевым синдромом, уровень субъективного контроля в области семейных отношений чуть выше, чем у больных с умеренным болевым синдромом. Статистически значимость различий исследуемых показателей в группах больных с разной тяжестью клинической картины заболевания не установлена.

4. Корреляционный анализ показателей клинической картины РА психологического благополучия и интернальности личности обнаружил, что направление и сила взаимосвязей находятся в зависимости от тяжести клинической картины заболевания, а именно от продолжительности заболевания, нарушений жизнедеятельности и степени функциональных ограничений в повседневной жизни, активности заболевания, и, в большей степени, от выраженности болевых ощущений.

Литература:

1. Андронникова, О.О., Ветерок Е.В. Психологическое благополучие и здоровье как актуальная потребность современного человека в рамках девиктимизации. Вестник Кемеровского государственного университета 2016; № 1 (65): 72-76
2. Зураева А. М., Джелиева З.Т. Психотерапевтическая работа с больными, имеющими хронические заболевания // Азимут научных исследований: педагогика и психология. Тольятти. 2018; Т. 7, № 2 (23). - 445 с.: 367 -369.
3. Лас Е.А. Эмоционально-личностные предикторы отношения к болезни у пациентов с ревматоидным артритом//Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. 2012; № 150. 270 с. : 262-270.
4. Лепешинский Н.Н. Адаптация опросника «Шкалы психологического благополучия» К. Рифф, Психологический журнал. 2007; №3: 24-37.
5. Лисицына Т.А., Вельтищев Д.Ю., Насонов Е.Л. Стрессовые факторы и депрессивные расстройства при ревматических заболеваниях. Научно-практическая ревматология. 2013; №2: 98-103
6. Реан А.А. Практическая психодиагностика личности: Учеб. пособ. - СПб; Изд-во СПб ун-та, 2001. - 224с.
7. Российские клинические рекомендации. Ревматология/под ред. Е.Л. Насонова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 464 с.
8. Фоминых Е.С. Виктимизация и девиктимизация студентов с ограниченными возможностями здоровья в современных образовательных условиях [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012; № 4. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n4/57313.shtml> (дата обращения: 22.10.2019).

5. Учитывая уровень субъективного контроля личности, выраженность компонентов психологического благополучия и характеристик клинической картины больных ревматоидным артритом, а также направление и силу взаимосвязей данных показателей можно сказать, что у респондентов группы 1, отличающихся умеренным болевым синдромом, сформирован более адаптивный тип отношения к болезни. Они в большей степени демонстрируют проявления психологического благополучия и более осмысленного ответственного отношения к жизни, особенно в области достижений и межличностных отношений. Особенностью респондентов группы 2, отличающихся выраженным болевым синдромом, является более низкий уровень психологического благополучия в целом, а также еще более низкий уровень субъективного контроля личности в отношении болезни и здоровья, и по отношению к отрицательным событиям и ситуациям. Они склонны обвинять других людей в своих неприятностях и страданиях, считать происходящие с ними события результатом невезения, демонстрируют проявлениями виктимной личности.