

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЛИЧНОСТИ И УРОВЕНЬ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ФИБРОМИАЛГИЕЙ

Сулейманова Г.П.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии» Российской академии медицинских наук, Волгоград, Россия, (400138, Волгоград, ул. им. Землячки, д. 76), e-mail: sgppp22@yandex.ru

Под наблюдением находилось 100 больных фибромиалгией. Все пациенты были женщинами, средний возраст которых составил $43,85 \pm 0,70$ лет, средняя длительность заболевания $7,23 \pm 0,47$ года. Изучались уровень субъективного контроля и механизмы психологической защиты. Полученные данные свидетельствуют, что у больных с фибромиалгией имеет место экстернальный тип контроля в отношении своего заболевания, достижений и неудач, общей интернальности. Напряженно-действующими и доминирующими механизмами психологической защиты являются «интеллектуализация», «реактивные образования», «проекция» и «регрессия». Рассмотренные взаимосвязи уровня субъективного контроля с используемыми психологическими защитами свидетельствует, что рост экстернальных установок по отношению к здоровью у больных фибромиалгией компенсируется за счет напряжения психологической защиты «регрессия» и «замещение», в межличностных взаимоотношениях за счет напряжения психологической защиты типа «регрессия» и «проекция», в сфере общей интернальности за счет напряжения психологической защиты типа «проекция». Полученные данные указывают на важность положительной психологической адаптации у больных фибромиалгией, разработки и применение эффективных психологических методов лечения.

Ключевые слова: фибромиалгия, уровень субъективного контроля, механизмы психологической защиты.

PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISMS AND LEVEL OF SUBJECTIVE CONTROL IN PATIENTS WITH PRIMARY FIBROMYALGIA

Suleymanova G.P.

Federal State Budgetary Institution «Research Institute of Clinical and Experimental Rheumatology» under the Russian Academy of Medical Sciences, Volgograd, Russia, (400138, Volgograd, Zemlyachki street, 76), e-mail: sgppp22@yandex.ru

The study included 100 patients with fibromyalgia. All patients were women, whose average age was $43,85 \pm 0,70$ years, the average duration of the disease was $7.23 \pm 0,47$ years. The level of subjective control and mechanisms of psychological defenses were studied. The results of our study are the evidence that external types of subjective control over the illness, achievements and failures, and general internality are dominates in patients with fibromyalgia. Psychological defense mechanisms as "intellectualization", "reactive formation", "projection" and "regression" are dominant also. Considered relationship of the level of subjective control and used psychological defenses shows that the growth of external attitudes to health in patients with fibromyalgia is compensated for by the tension of "regression" and "replacement" psychological defense, in sphere of interpersonal relationships - due to "regression" and "projection" psychological defense, in the sphere of general internality - due to "projection" psychological defense. These findings point to the importance of positive psychological adjustment in patients with fibromyalgia, development and the use of effective psychological methods of treatment.

Keywords: fibromyalgia, level of subjective control, psychological defense mechanisms.

Первичная фибромиалгия характеризуется диффузной симметричной мышечно-скелетной болью, носящей хронический характер. Название происходит от латинского fibro – «волокно», myo – «мышца», algos – «боль» [8,10].

Психосоматический интерес к заболеванию актуализировал необходимость установления истинного удельного веса психического и соматического в состоянии больных фибромиалгией. Дело в том, что особенностью клинической картины фибромиалгии можно счи-

тать отсутствие объективных признаков заболевания, обилие вегетативной и психологической симптоматики, которая в значительной степени ухудшает самочувствие больных. По данным большинства авторов, применяемые в настоящее время в лечении больных фибромиалгией физиотерапевтические и фармакологические средства (антидепрессанты, миорелаксанты, НПВС) эффективны не более чем у половины больных и не дают стойкого улучшения или ремиссии [9,12]. Также ввиду отсутствия видимых стигматов заболевания больные фибромиалгией часто сталкиваются с непониманием со стороны медицинского персонала и родственников. Им приходится слышать, что «ничего у них нет», они «все себе придумали», что, в свою очередь, может вызывать психологическую дезадаптацию [10]. Болезнь начинает восприниматься как рок или несчастный случай. Пациент начинает задавать себе вопрос: кто ответственен в происходящем – он сам или судьба, рок, случай? И нередко за подобными стратегиями личности проступает склонность видеть источник управления своей жизнью преимущественно во внешней среде, либо в себе самом. Такое свойство в психологии называют локусом контроля (лат. locus – место, местоположение). В отечественной психологии более общепринят термин «уровень субъективного контроля» [1,5,6]. Если человек принимает ответственность за события, происходящие в его жизни, на себя, объясняя их своим поведением, характером, способностями, это показывает наличие у него внутреннего (интернального) контроля. Если же он склонен приписывать ответственность окружающим факторам, находя причины в других людях, в окружающей среде, в судьбе или случае, это свидетельствует о наличии у него внешнего (экстернального) контроля. В целом же уровень субъективного контроля является важной интегральной характеристикой личности, показателем взаимосвязи отношения к себе и окружающему миру. По мнению Роттера, предложившего эти термины, интернальность и экстернальность уровня субъективного контроля являются устойчивыми свойствами личности, сформированными в процессе ее социализации [6]. Экспериментально показано, что люди, обладающие внутренним уровнем субъективного контроля, более уверены в себе, последовательны и настойчивы в достижении поставленной цели, склонны к самоанализу, уравновешены, общительны, доброжелательны и независимы. Тем самым внутренний уровень субъективного контроля представляется социально одобряемой ценностью. И наоборот, склонность к внешнему субъективному контролю, напротив, проявляется в неуверенности в своих способностях, неуравновешенности, стремлении отложить реализацию своих намерений на неопределенный срок, тревожности и подозрительности [6,7].

В стремлении избавиться от неприятных эмоциональных состояний человек вырабатывает у себя психологические защитные механизмы. Психологическая защита «ограждает» сферу сознания от негативных, травмирующих личность переживаний, и поэтому встречает-

ся у любого человека. Механизм психологической защиты заключается в игнорировании реальной ситуации или даже подмене ее ситуацией другой субъективно-психологической значимости. Некоторые авторы указывают, что при недостатке психических средств защиты происходит сдвиг в сторону соматических защитных сил. В случае прорыва адаптационного барьера и нарушения гомеостаза развиваются болезни (расстройства) адаптации. В наиболее общем смысле к этой категории могут быть отнесены все патологические соматические состояния, развивающиеся в ответ на психосоциальные воздействия [2,3,4,11]. По мнению Х. Шрёдера, в общем континууме психической регуляции психологические защитные реакции занимают последний уровень совладания с экзквизитными ситуациями, уровень, который уже имеет характер прогрессирующей декомпенсации [13]. Таким образом, представляет интерес исследование взаимоотношений, которые могут существовать между восприятием своего контроля над симптомами заболевания и психологическими защитными механизмами у больных фибромиалгией.

Целью работы явилось исследование уровня субъективного контроля и механизмов психологической защиты у больных фибромиалгией.

Материалы исследований. Под наблюдением находилось 100 больных фибромиалгией. Все пациенты были женщинами в возрасте от 21 до 54 лет. Средний возраст составил $43,85 \pm 0,70$ лет. Средняя длительность заболевания составила $7,23 \pm 0,47$ года. Диагноз устанавливался в соответствии с диагностическими критериями АРА (1990 г.).

Психодиагностическое обследование включало применение стандартизированных методик, разработанных или адаптированных в лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева: «Индекс жизненного стиля» (Клубова Е.Б. с соавт., 1995) и «Опросник уровня субъективного контроля» (Бажин Е.Ф. с соавт., 1993). «Опросник уровня субъективного контроля» позволяет изучить уровень личного контроля в таких сферах реагирования, как общая интернальность (Ио), достижения (Ид), неудачи (Ин), семейные (Ис) и производственные отношения (Ип), межличностные отношения (Им), здоровье и болезнь (Из). Средняя по нормативной выборке по шкалам соответствует 5,5 стенов и приравнивается к норме. Отклонение вверх по шкалам свидетельствует об интернальном типе контроля, а отклонение вниз – об экстернальном.

Результаты исследования и обсуждение. В ходе изучения уровня субъективного контроля, который рассматривается в психологии как степень самостоятельности и активности человека в преодолении жизненных трудностей, развития чувства личной ответственности за происходящие с ним события, у больных фибромиалгией были получены следующие результаты (таблица 1). Средние значения уровня субъективного контроля располагались в диапазоне ниже 5,5 стенов, соответствуя экстернальным позициям.

Наименьшие значения регистрировались по шкалам здоровья (Из), общей интернальности (Ио), достижений (Ид), неудач (Ин), межличностных взаимоотношений (Им).

Таблица 1

**Средние показатели шкал теста уровня субъективного контроля
у больных фибромиалгией**

	Ио	Ид	Ин	Ис	Ип	Им	Из
	<i>M±m</i>						
Больные фибромиалгией (N=100)	2,98 ±0,31	3,08 ±0,34	3,42 ±0,30	4,56 ±0,21	4,03 ±0,27	3,54 ±0,25	2,94 ±0,32

Примечание: *Ио – шкала общей интернальности; Ид – шкала интернальности в области достижений; Ин – шкала интернальности в области неудач; Ис – шкала интернальности в семейных отношениях; Ип – шкала интернальности в производственных отношениях; Им – шкала интернальности в области межличностных отношений; Из – шкала интернальности в отношении здоровья и болезни.*

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что больные фибромиалгией не видят связи между своими действиями и значимыми событиями, происходящими в их жизни, не считают себя способными контролировать их развитие и возлагают ответственность за происходящие с ними события на других людей (в том числе и врачей), что обуславливает наиболее пассивные позиции в отношении борьбы со своим заболеванием и низкий комплаенс – нежелание придерживаться назначенного курса лечебно-профилактических мероприятий.

С помощью методики «Индекс жизненного стиля» у больных фибромиалгией была определена интенсивность использования основных механизмов психологической защиты. Анализ полученных результатов показал, что у больных фибромиалгией отмечается наибольшая напряженность психологических защит типа «Реактивные образования» (86,78±1,43 баллов по процентильно нормализованной шкале) и «Проекция» (78,15±2,06). Среди других типов психологических защит обращают на себя внимание показатели по шкалам «Регрессия» (66,02±2,63), «Интеллектуализация» (67,91±2,83) и «Вытеснение» (60,5±2,82).

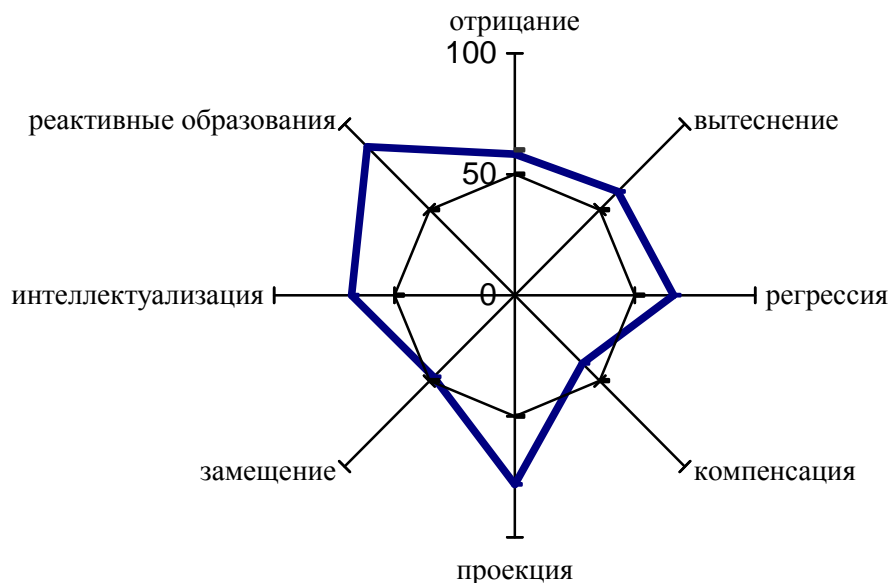


Рис. 1. Напряженность механизмов психологической защиты у больных фибромиалгией

При анализе распределения по доминирующим типам защит у больных фибромиалгией было установлено, что в наибольшем количестве случаев в качестве основных регистрировались «Реактивные образования» и «Интеллектуализация» (в 35,39 % и 21,2 % случаев). Следующими по частоте диагностировались «Проекция» (13,2 %), «Вытеснение» (11,5 %) и «Регрессия» (8,8 %). Такие психологические защиты, как «Отрицание» (4,4 %), «Компенсация» (3,5 %) и «Замещение» (1,7 %) были отмечены в незначительном проценте случаев.

Таким образом, наблюдаемая своеобразная «избирательность» использования некоторых психологических защит и их существенное напряжение (проявляющееся высокими значениями средних показателей) может свидетельствовать о достаточно ограниченном спектре возможностей психологической адаптации у больных фибромиалгией.

Рассмотренные взаимосвязи уровня субъективного контроля с используемыми психологическими защитами позволили отметить следующее: рост экстернатальных установок по отношению к здоровью (Из) у больных фибромиалгией компенсировался за счет напряжения психологических защит «Регрессия» ($r=-0,311$ при $p=0,03$) и «Замещение» ($r=-0,352$ при $p=0,017$), в сфере межличностных взаимоотношений (Им) за счет напряжения «Регрессии» ($r=-0,336$ при $p=0,044$) и «Проекции» ($r=-0,415$ при $p=0,005$), в сфере общей интернатальности (Ио) повышением напряженности «Проекции» ($r=-0,326$ при $p=0,029$).

Выводы. Таким образом, обнаруженные особенности психологической компенсации у больных с фибромиалгией представляют собой варианты дезадаптивных попыток личности совладания с болезнью, связанные с неприятием ответственности на себя за происходящее с ними события, в том числе и в условиях болезни. Данное открытие указывает на необходимость применения методов психологической помощи у больных фибромиалгией. Должна быть общепризнана важность эмоционального состояния пациентов, их отношения и убеждения, восприятие существующего заболевания и связанных с ним проблем. Если психосоциальные проблемы пациентов не решены или разрешены неадекватно, то больные не смогут соблюдать важнейшие аспекты лечебно-реабилитационного режима.

Список литературы

1. Бажин Е.Ф. Опросник уровня субъективного контроля (УСК) / Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд. – М.: Смысл, 1993.
2. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология / Б.Д. Карвасарский. – Л., 1982. – 245 с.
3. Карвасарский Б.Д. Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – М: Медицина, 1980. – 448 с.
4. Карвасарский Б.Д. Невротические расстройства внутренних органов / Б.Д. Карвасарский, В.Ф. Простомолотов. – Кишинев: Штиинца, 1983. – 166 с.
5. Методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера, адаптация Бажина Е.Ф. и соавторов (Бажин Е.Ф., Голынкина С.А., Эткинд А.М. Метод исследования уровня субъективного контроля // Психол. журн. – 1984. – Т.5, № 3. – С.152).
6. Муздыбаев К. Психология ответственности / К. Муздыбаев. – Л., 1983. – 240 с.
7. Реан А.А.. Проблемы и перспективы развития концепции локуса контроля личности / А.А. Реан // Психологический журнал. – 1998. – Т. 19, № 4. – С. 3-12.
8. Ревматические болезни: Руководство для врачей / Под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука. – М.: Медицина, 1997. – 520 с.
9. Табеева Г.Р. Фибромиалгия / Г.Р. Табеева, С.Б. Короткова, А.М. Вейн // Журн. невропатол. и психиатрии. – 2000. – № 4. – С. 68-77.
10. Харт Ф.Д. Лечение ревматических заболеваний: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1986.
11. Mitscherlich A. The mechanism of bi-phasic defense in psychosomatic diseases / A. Mitscherlich // Int. J. Psychoanal. – 1995. – N 49. – P. 236-240.
12. Muller W. Generalisierte Tendomyopathiel / Hrsg. W. Muller. – Darmstadt: Steinkopff, 1991. – 354 s.
13. Schroder H.D. Muscle biopsy in fibromyalgia / H.D. Schroder // J. Musculoskel. – 1993. – Vol. 1. – P. 165.

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.