

МОТИВАЦИОННЫЙ УРОВЕНЬ РЕГУЛЯЦИИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Л.Т. Баранская, Е.В. Павлова (Екатеринбург)

Аннотация. Представлено исследование двигательной активности у пациентов с ревматоидным артритом с позиций синдромного анализа. Подчеркивается ведущая роль смысловой саморегуляции в процессе возникновения данного заболевания психосоматической специфичности и совладания с ним, что подтверждается результатами собственного экспериментального исследования. Показаны возможности использования системного подхода в процессе психологической реабилитации больных ревматоидным артритом.

Ключевые слова: психосоматический синдром, саморегуляция, культурно-исторический подход, синдромный анализ, психология телесности, двигательная активность, ревматоидный артрит.

Ревматоидный артрит (РА) – это хроническое системное заболевание аутоиммунной этиологии с преимущественным вовлечением суставов по типу их эрозивно-деструктивного поражения. Даже на этапе развития современных медицинских технологий РА продолжает оставаться тяжелой болезнью, которая имеет неуклонно прогрессирующий характер, приводит к ранней инвалидизации больных и требует многолетнего лечения. В клинической картине РА на первый план выходит наличие выраженных болей и двигательных нарушений, вследствие чего больные испытывают затруднения в передвижении, самообслуживании, ограничения в социальных взаимодействиях [11].

Психологические, психопатологические и социальные аспекты РА являются предметом исследований уже многие годы, однако до настоящего времени остается много спорных, недостаточно изученных вопросов [5]. Большинство авторов признает необходимость реабилитации при РА, при этом целью ставится не только восстановление нарушенных болезнью соматических функций человека, но и реконструкция его психического равновесия и социальных связей [2, 5]. Для определения конкретного содержания процесса психосоциальной реабилитации необходимо глубокое понимание психосоматической сущности данного заболевания.

В данной статье предлагается рассмотрение РА с позиций активно развивающегося направления клинической психологии – психологии телесности [1, 7]. Ее теоретико-методологической основой является культурно-историческая концепция развития психики, предложенная Л.С. Выготским для понимания закономерностей развития высших психических функций (ВПФ). Основная идея заключается в том, что ВПФ, являясь социальными по происхождению, превращаются в собственно человеческие, опосредствованные по механизму развития и произвольные по способу их регуляции. В данном подходе телесность рассматривается наряду с другими ВПФ, а нарушения телесного функционирования, понимаемые как результат отклонения от исторически и культурно детерминированного пути ее развития в онтогенезе, рассматриваются в качестве причины возникновения психосоматических заболеваний.

Как инструмент психологического анализа телесных функций и при нормальном, и при патологическом их осу-

ществлении используется разработанный и получивший теоретическое и эмпирическое обоснование в школе А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник синдромный анализ нарушений психики. В психологии телесности рассматривается особый вид синдрома – психосоматический, который позволяет описать структуру нарушений, дать психологическую интерпретацию клинической феноменологии, выделить психологические механизмы аномалий [1, 7]. Психосоматический синдром представляет собой иерархическую систему сохранных, развивающихся либо нарушенных механизмов психологического (знаково-символического) опосредствования телесности и процессов психологической саморегуляции. При этом нарушения конкретных форм воплощения знаково-символической регуляции – смысловые, когнитивные, эмоциональные механизмы – могут рассматриваться в качестве центральных симптомообразующих факторов [1].

Поскольку РА характеризуется множественным поражением суставов, являющихся структурными элементами опорно-двигательного аппарата человека, и для больных особую значимость имеют вызванные болезнью моторные ограничения, то речь идет о выделении психосоматического синдрома двигательных нарушений. Для этого необходимо рассмотрение всех аспектов двигательной функции как при нормальном, так и при патологическом ее осуществлении.

Двигательная активность, отличающаяся большим разнообразием, связана с возможностью совершения произвольных движений и действий. Представления о них как о высших формах сознательной активной деятельности человека достаточно изучены в психологии. Однако с позиций психологии телесности имеющиеся описания иерархической структуры двигательной системы должны быть дополнены рассмотрением периферического исполнительного аппарата двигательной системы. Это представляется существенным с позиции целостного подхода к анализу работы системы двигательной активности как одной из форм проявления телесности человека, организм которого не ограничен функционированием центральной нервной системы (табл. 1).

Первый уровень организации системы двигательной активности представлен анатомическими образованиями, работа которых в совокупности обеспечивает саму

Таблица 1

Уровневая организация системы двигательной активности

Уровень	Содержание	Функции	Регуляция
Анатомо-физиологический	Структуры опорно-двигательного аппарата (кости, суставы, мышцы) и связанные с ними структуры периферической и центральной нервной системы	Осуществление двигательных актов как процессов, обеспечивающих подвижность частей тела	Нервная (соматическая и вегетативная), эндокринная, иммунная
Психофизиологический	Афферентные и эфферентные механизмы движений, осуществляемые посредством деятельности коры больших полушарий, подкорковых центров и проводящих путей	Осуществление двигательных актов как произвольных целенаправленных процессов	Произвольная, осуществляемая на основе работы коры головного мозга и связанных с ней отделов ЦНС
Психологический (личностный)	Интрапсихические и социопсихологические составляющие двигательной активности	Осуществление двигательных актов как процессов, имеющих смысловую направленность	Психическая, операционально-техническая, личностно-мотивационная (смысловая)

возможность подвижности частей тела. Регуляция деятельности данного уровня осуществляется как нервными (соматическими и вегетативными) влияниями, так и наличием эндокринных и иммунных регуляторных механизмов, которым отводится ведущая роль в генезе РА. При неблагоприятных обстоятельствах (экзогенно или эндогенно обусловленных) иммунные реакции могут приобретать роль патогенного фактора, как это и происходит при РА, когда деструктивный процесс в суставах вызывается аутоиммунными нарушениями, приводящими к воспалительному процессу в синовиальной оболочке суставов и, как следствие, к нарушению двигательной функции.

Следующий уровень строения двигательной системы может быть охарактеризован как психофизиологический. Он представлен деятельностью структур ЦНС, регулирующих двигательные функции от простых элементарных движений до более сложных, приспособленных к пространственным свойствам объектов, связанных с перемещением в пространстве, с выполнением предметных манипуляций и т.д., а также он связан с формированием двигательных навыков.

Высший уровень осуществления двигательной функции человека – это уровень, определяющий смысловую сторону двигательной активности; он связан с личностными характеристиками индивида, а потому может быть обозначен как собственно психологический или личностный уровень, включающий интрапсихический и социопсихологический компоненты. Первый из них определяется особенностями личностной структуры индивида и связан с моторными проявлениями его психологических черт, второй отражает особенности функционирования индивида в системе коммуникативных связей с другими людьми, проявляющиеся через движения, действия и поведение в целом. На личностно-смысловом уровне организации двигательная функция человека, превращаясь в орудие невербальной коммуникации, преодолевает свою изначальную природно-заданную сущность и становится знаком, указывающим на внутреннее психологическое содержание.

С точки зрения синдромного анализа закономерным является допущение, что поскольку все уровни в структуре системы находятся в тесной взаимосвязи, то изменение функционирования на любом из них приводит к соответствующим изменениям на других уровнях. Следовательно, в случае значительного нарушения работы структурных элементов одного из уровней компенсация дефекта и восстановление деятельности становятся возможными за счет структурной перестройки и усиления роли сохранных элементов системы.

Рассматривая систему двигательной активности человека, мы полагаем, что нарушение целостности биологического субстрата моторного аппарата (в частности, поражение суставов при РА) приводит к перестройке работы всей системы, затрагивая и высшие уровни ее организации, но при этом за счет их нормальной сформированности в процессе индивидуального онтогенеза получает возможность компенсации. Тогда конечная цель двигательной активности человека, определяемая ее значением в процессе личностного развития, может достигаться вариативными путями. Например, из литературы и реальной жизни известны случаи, когда восстановление двигательной активности становилось возможным даже при выраженных повреждениях органов движения за счет волевых усилий и особой смысловой устремленности личности.

Таким образом, функционирование системы двигательной активности человека предполагает наличие развитой системы саморегуляции. Саморегуляция определяется как системный процесс, обеспечивающий адекватную условиям изменчивость, пластичность жизнедеятельности субъекта на любом из ее уровней [8]. Она включает в себя физиологические (нервные, эндокринные, иммунные), психофизиологические и собственно психологические механизмы. Психологическая саморегуляция также имеет разные уровни своего функционирования: уровень психической саморегуляции (способствует поддержанию оптимальной психической активности, необходимой для деятельности человека), операционально-технический уровень (обеспечивает созна-

тельную организацию и коррекцию действий субъекта) и личностно-мотивационный уровень (обеспечивает осознание человеком мотивов собственной деятельности, управление потребностно-мотивационной сферой на основе процессов смыслообразования) [8]. В данной статье мы обратимся к рассмотрению личностно-мотивационного, смыслового уровня саморегуляции деятельности двигательной системы в структуре психосоматического синдрома при РА.

Смысловая саморегуляция деятельности человека способствует раскрытию его внутренних резервов, дающих свободу от обстоятельств, и обеспечивает даже в самых трудных условиях возможность самоактуализации [4, 8]. Она представляет собой процесс, опосредованный социальными нормами и ценностями, а также системой внутренних требований, особой «жизненной философией», превращающими человека в активный субъект жизнедеятельности. Этот специфический для человека способ регуляции связан со знаково-символическим опосредствованием [4, 8]. В качестве механизмов личностно-смысловой саморегуляции рассматриваются рефлексия и смысловое связывание [4, 6]. Рефлексия, понимаемая как направленность сознания на себя и на основания своих действий, обеспечивает человеку возможность взгляда на себя «со стороны», определяет осознание смысла двигательной активности в контексте всей его жизнедеятельности. Смысловое связывание обеспечивается иерархической структурой смысловых образований личности, представляющих собой единство аффективных и когнитивных компонентов, и предполагает произвольное изменение смысловой направленности личности в динамически меняющихся условиях, а на этой основе – коррекцию действий и поступков.

Несформированность психологического опосредствования телесного функционирования, в частности работы психосоматической системы двигательной активности, как результат прижизненного формирования психики в особых, дефицитарных условиях приводит к нарушению деятельности саморегуляции. В условиях критических жизненных ситуаций, требующих повышенной активности в области саморегуляции, может привести к декомпенсации всей системы психосоматического функционирования и развитию болезни. Кроме того, сама болезнь, имеющая тяжелый хронический характер, становится стрессовым фактором, требующим совладания и адаптации, что еще больше актуализирует значимость саморегуляции.

Мы полагаем, что больных РА отличает недостаточность сформированная деятельность саморегуляции, в частности, ее смысловых, когнитивных, эмоциональных механизмов. Это подтверждают данные исследований психологических аспектов РА. Обзор литературы позволил выделить следующие нарушения механизмов психической регуляции при РА.

Во-первых, в большинстве случаев обнаруживается высокий уровень алекситимии [2, 5], что предполагает слабую дифференцированность эмоциональной сферы, недостаточность воображения, слабость функции символизации и категоризации мышления, примитивность жизненной направленности (отсутствие ее творческого характера) и недостаточность рефлексии [6]. Совокупность перечисленных черт расценивается нами как недостаточность эмоциональных, когнитивных и смысловых звеньев регуляции.

Во-вторых, имеются указания на анамнестические данные, свидетельствующие о сложном характере взаимоотношений с родителями у пациентов в детстве [13], что может означать предпосылки для аномального формирования деятельности саморегуляции на раннем, интрapsихологическом этапе ее развития.

В-третьих, описания присущего больным РА интрапсихического конфликта, характеризующегося мотивационными колебаниями в выражении присущих человеческой природе психоэмоциональных состояний (в том числе, их моторных компонентов), в особенности связанных с агрессивными, враждебными побуждениями, и отказом от него в угоду социальным требованиям и ожиданиям [13]. Данный конфликт возникает в детстве и в последующем поддерживается из-за слабости регуляторных механизмов. Содержащиеся в литературе описания личностных особенностей больных РА можно расценить как компенсаторное явление, позволяющее сбалансировать деятельность психосоматической системы двигательной активности на высших психологических уровнях ее функционирования [2, 5, 13].

В-четвертых, имеются указания на то, что в большинстве исследованных случаев развитию болезни предшествовали психотравмирующие стрессовые ситуации [2, 5], что также может рассматриваться как результат несовершенства системы психологической саморегуляции, повлекшего за собой психосоматическую декомпенсацию.

В-пятых, приводятся данные о влиянии РА на психоэмоциональный статус пациентов, в частности, указывается, что заболевание приводит к нарушению привычного стиля поведения, к дисгармонии в отношениях с окружающим миром, к возникновению астении, тревоги и депрессии. Есть сведения о доминировании у больных дезадаптивных форм отношения к болезни с преобладанием интрапсихических видов реагирования (тревожный, ипохондрический, неврастенический) [5]. В совокупности все это свидетельствует о слабости регуляторных механизмов в осуществлении деятельности по совладанию с заболеванием, адаптации к жизни в условиях тяжелой болезни.

Таким образом, на основе теоретического анализа и обзора эмпирических данных можно утверждать, что несформированная оптимальным образом деятельность психологической саморегуляции работы двигательной системы выступает центральным симптомообразующим фактором, действующим как в процессе генеза психо-

соматического заболевания, каковым является РА (наряду с биологическими предпосылками его возникновения), так и в процессе совладания с болезнью.

Применяя системный подход к анализу психологической симптоматики при РА, можно использовать еще один ракурс ее рассмотрения. Согласно выдвинутой Л.С. Выготским гипотезе системного строения сознания в проявлении психологических симптомов должна проследиваться следующая закономерность: каждому симптому, отражающему определенное психологическое явление, противостоит контрсимптом, который негативно отражает то же самое явление [3]. Такая двойственность психологических проявлений имеет глубокий смысл, показывая способности психики к компенсации дефицитарного осуществления той или иной функции. Применительно к предмету нашего анализа решение вопроса о том, что выступает в роли таких компенсаторных механизмов при нарушении процессов психологической саморегуляции, будет способствовать пониманию возможностей личности адаптироваться к жизни в условиях тяжелого хронического заболевания.

Учитывая тот факт, что сделанные на основе анализа теоретических концепций и эмпирических данных выводы носят пока гипотетический характер, необходимо целенаправленное изучение психологических регуляторных механизмов, обеспечивающих психосоматические взаимосвязи и целостное функционирование системы двигательной активности человека. Все это обусловило проведение собственного исследования.

Цель исследования – разработка личностно-мотивационного уровня психосоматического феномена двигательной активности у больных РА.

Гипотеза исследования состоит в предположении о ведущей роли смысловой саморегуляции в структуре психосоматического синдрома при РА, которая представлена системой функционирования контрсимптомов компенсаторного характера.

Клиническую группу составили 182 пациента с РА: 34 мужчины и 148 женщин в возрасте от 17 до 69 лет (в среднем $49,33 \pm 13,04$ лет) с длительностью заболевания от 6 месяцев до 20 лет (в среднем $8,12 \pm 7,42$ лет), которые проходили лечение по поводу обострения заболевания в ревматологическом отделении ОКБ № 1 г. Екатеринбурга. В контрольную группу вошли 153 испытуемых: 16 мужчин и 137 женщин в возрасте от 18 до 65 лет (в среднем $47,19 \pm 9,21$ лет), не имевших на момент исследования и в анамнезе хронических заболеваний внутренних органов. Клиническая и контрольная группы не различались по возрасту и уровню образования.

Поскольку РА является заболеванием, которым чаще болеют женщины [11], то испытуемые в контрольную группу подбирались с учетом сохранения соответствующего соотношения по полу. Учитывая неоднородность экспериментальной выборки по возрасту и длительности заболевания, проводился однофакторный дисперсионный анализ, который не показал влияния этих факторов на изучаемые параметры смысловой саморегуляции.

Выбор методик осуществлялся с учетом анализа литературы, посвященной проблеме изучения смысловой саморегуляции, рассматриваемой в аспекте выделения операционализирующих ее феноменов и в аспекте эффективности функционирования [9, 10, 12 и др.]. В результате в схему психологического исследования были включены следующие методики:

1. Тест смысловых ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева – методика, позволяющая определить количественную меру осмысленности жизни, которая является результатом работы механизмов смысловой саморегуляции; эта методика включает в себя 5 субшкал, отражающих 3 смысловых ориентации и 2 аспекта локуса контроля – цели в жизни, процесс жизни (интерес и эмоциональная насыщенность), результативность жизни (удовлетворенность самореализацией), locus контроля – Я (Я – хозяин жизни) и locus контроля – жизнь (управляемость жизнью).

2. Опросник уровня субъективного контроля (УСК) Роттера позволяет измерить общий locus контроля и locus контроля в различных сферах жизнедеятельности (в дополнение к методике СЖО), т.е. оценивается склонность человека видеть источник управления своей жизнью либо преимущественно во внешней среде, либо в самом себе, что рассматривается как важное психологическое свойство, интегрированное в систему мотивационно-смысловой саморегуляции личности.

3. Исследование самооценки по Дембо–Рубинштейн – методика, направленная на изучение осознанного отношения к себе и своей болезни (на основе рефлексии собственного Я), а также определение уровня притязаний как составляющей механизмов целеполагания и личностного выбора в процессе мотивационно-смысловой саморегуляции.

4. Методика «Копинг-тест» Р.С. Лазаруса, С. Фолкмана – позволяет оценивать эффективность саморегуляции на когнитивном и поведенческом уровне с точки зрения выбора способов совладания с проблемными ситуациями (копинг-стратегий).

Статистическая обработка полученных данных производилась с использованием программы Statistica 6. Выполнялся расчет средних значений показателей и стандартных отклонений ($M \pm \sigma$). Оценка параметров распределения производилась с помощью критерия Колмогорова – Смирнова. Ввиду соответствия параметров нормальному распределению для оценки достоверности различий с контрольной группой использовался t-критерий Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Получены следующие результаты. По методике СЖО у больных РА было выявлено снижение как общего показателя осмысленности жизни, так и показателей почти по всем субшкалам, за исключением показателей по субшкале «locus контроля – Я» (табл. 2).

Методика «Копинг-тест» позволила определить, что у больных РА преимущественное использование и наибольшую степень выраженности имеют такие копинг-стратегии, как планирование решения проблемы (средний показатель в процентилях $66,55 \pm 17,94$), принятие ответственности ($64,18 \pm 22,18$), поиск социальной поддержки ($63,48 \pm 19,04$), самоконтроль ($60,90 \pm 19,28$) и положительная переоценка ($55,18 \pm 19,54$). Все они относятся к конструктивным и относительно конструктивным способам совладания с трудными жизненными ситуациями. Редко используются и имеют наименьшую степень выраженности неконструктивные копинг-стратегии: дистанцирование ($49,23 \pm 15,98$), бегство-избегание ($47,0 \pm 17,60$) и конфронтативный копинг ($45,1 \pm 14,61$).

Исследование по методике Дембо–Рубинштейн показало, что средние значения показателей по шкалам «ум» и «характер» соответствуют диапазонам средней и высокой самооценки (соответственно), при этом отсутствуют достоверные различия с показателями контрольной группы (табл. 3). По шкалам «счастье» и «здоровье» средние значения соответ-

ствуют диапазону низкой самооценки. При этом по шкале «счастье» средние показатели самооценки были значимо ниже, чем в контрольной группе. Самые низкие показатели самооценки у больных РА получены по шкале «здоровье»; несмотря на высокую индивидуальную вариативность, были выявлены статистически значимые отличия их от показателей контрольной группы, что является адекватным объективному состоянию здоровья испытуемых.

Были обнаружены довольно низкие уровни притязаний по параметрам «ум» и «здоровье» и средние – по параметрам «характер» и «счастье», при этом во всех случаях уровень притязаний достоверно отличался в меньшую сторону от такового у лиц контрольной группы (табл. 4).

По методике УСК Роттера у больных РА зарегистрированы низкие средние показатели, значимо отличающиеся от таковых в контрольной группе, лишь за исключением показателей по шкале интернальности в области семейных отношений (табл. 5). Таким образом, личность больных РА характеризуется преимущественно экстермальным типом локуса субъективного контроля.

Таблица 2

Результаты выполнения методики СЖО ($M \pm \sigma$)

Показатели	Клиническая группа	Контрольная группа	p
Осмысленность жизни	$88,59 \pm 26,19$	$101,86 \pm 18,46$	$<0,05$
Цели в жизни	$29,27 \pm 9,12$	$32,82 \pm 6,82$	$<0,05$
Процесс, или эмоциональная насыщенность жизни	$23,97 \pm 10,05$	$29,70 \pm 6,54$	$<0,05$
Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией	$21,39 \pm 8,28$	$25,55 \pm 5,02$	$<0,05$
«Локус контроля – Я», или Я – хозяин жизни	$18,22 \pm 6,88$	$19,95 \pm 4,8$	$>0,05$
«Локус контроля – жизнь», или управляемость жизнью	$26,12 \pm 8,93$	$30,66 \pm 6,03$	$<0,05$

Таблица 3

Результаты исследования самооценки по методике Дембо–Рубинштейн ($M \pm \sigma$)

Параметры	Клиническая группа	Контрольная группа	p
Ум	$59,29 \pm 14,87$	$63,93 \pm 15,31$	$>0,05$
Характер	$65,18 \pm 17,02$	$68,84 \pm 18,76$	$>0,05$
Счастье	$56,55 \pm 21,64$	$66,50 \pm 21,50$	$<0,05$
Здоровье	$35,28 \pm 22,81$	$65,21 \pm 18,98$	$<0,05$

Таблица 4

Результаты исследования уровня притязаний по методике Дембо–Рубинштейн ($M \pm \sigma$)

Параметры	Клиническая группа	Контрольная группа	p
Ум	$59,74 \pm 23,95$	$76,35 \pm 19,09$	$<0,05$
Характер	$65,07 \pm 24,21$	$75,10 \pm 18,0$	$<0,05$
Счастье	$64,86 \pm 28,56$	$80,74 \pm 18,08$	$<0,05$
Здоровье	$46,16 \pm 32,56$	$64,49 \pm 24,78$	$<0,05$

Таблица 5

Результаты исследования уровня субъективного контроля ($M \pm \sigma$)

Показатели по шкалам интернальности	Клиническая группа	Контрольная группа	p
Общий	$3,03 \pm 1,92$	$4,53 \pm 1,88$	$<0,05$
В области достижений	$4,19 \pm 1,96$	$5,14 \pm 2,16$	$<0,05$
В области неудач	$3,90 \pm 1,47$	$4,84 \pm 2,02$	$<0,05$
В семейных отношениях	$4,18 \pm 1,73$	$4,75 \pm 2,06$	$>0,05$
В производственных отношениях	$2,36 \pm 1,97$	$4,23 \pm 1,96$	$<0,05$
В области межличностных отношений	$3,80 \pm 2,47$	$5,79 \pm 1,94$	$<0,05$
В отношении здоровья и болезни	$3,78 \pm 2,67$	$4,93 \pm 2,52$	$<0,05$

Обсуждение результатов исследования в соответствии с принятым нами за основу анализа психосоматического синдрома при РА системным подходом может быть осуществлено в виде разделения выявленных психологических симптомов на две группы.

Первую группу составляют симптомы, рассматриваемые нами как свидетельства и системные следствия нарушения высших форм психологической саморегуляции. В первую очередь подтверждением этого является наличие низкой осмысленности жизни в различных ее аспектах, выявленное у больных РА по результатам методики СЖО. Поскольку осмысление жизни включает в себя процессы рефлексии и смыслового связывания, это напрямую указывает на недостаточность личностно-смыслового уровня психологической саморегуляции.

Проблема осмысления порождает экстернальный локус контроля: чем меньше человек осознает в жизни ее смысл и цели, тем меньше он способен верить, что все зависит от его собственных усилий и способностей. Все это закономерно находит отражение в уровне самооценки и уровне притязаний. Низкая способность к осмыслению жизненных явлений, включая недостаточное осмысление всех аспектов заболевания, порождает склонность к автоматическому принятию социальных оценок и стереотипов. В современном обществе довольно распространенным является представление о больных, имеющих явные двигательные нарушения, как о людях с ограниченными возможностями и потому неполноценных и даже в чем-то ущербных. Ориентация на внешние оценки у больных РА порождает низкий уровень их собственной самооценки и низкий уровень притязаний.

Вторую группу психологических симптомов при РА можно обозначить как компенсаторную. Это своего рода «контрсимптомы», противоположные симптомам первой группы, но берущие начало из того же источника симптомообразования, каким является нарушение личностно-смыслового уровня саморегуляции. Ярким примером выступает ориентация больных на конструктивные механизмы сознательного совладания с трудными жизненными ситуациями (копинг-стратегии), которую можно рассматривать как компенсацию низкой способности к осмыслению жизни с недостаточностью осуществляемого на этой основе творческого характера взаимоотношений с реальностью. Она проявляется в виде

принятия готовых, распространенных и социально одобряемых стереотипов реагирования и поведения.

Одна из предпочитаемых больными РА копинг-стратегий – принятие ответственности, на первый взгляд, противоречит такому описанному свойству их личности, как экстернальность. Но на основе изучения личностных особенностей больных РА с привлечением литературных данных и собственных наблюдений мы склонны расценивать эту черту ревматологических пациентов как обратную сторону их гиперответственности. Известно, что люди, которые постоянно и тотально берут на себя ответственность за все, подвержены серьезному риску дезадаптации. При наличии определенной предрасположенности с этим можно связать и само возникновение болезни. В ситуации заболевания человеку, утратившему контроль над осуществлением своих двигательных функций, видимо, ничего не остается, как встать на позицию делегирования ответственности за события своей жизни внешним факторам (другим людям, в том числе врачам, судьбе и т.д.), тем самым сохранить самоуважение и избежать еще большего нарастания психоэмоционального напряжения.

Феномен компенсации проявляется и при исследовании самооценки в виде различий между показателями шкал в методике Дембо–Рубинштейн: низкие показатели по шкалам «здоровье» и «счастье»; средние и высокие – по шкалам «ум» и «характер». Это свидетельствует о том, что оценка себя как человека достаточно умного и обладающего хорошим характером позволяет компенсировать болезненность осознания себя нездоровым.

Проведенное исследование личностно-мотивационного уровня двигательной активности в структуре психосоматического синдрома при РА позволяет сделать важный практический вывод. Далеко не каждый больной РА является исключительно страдающим лицом, нуждающимся в психологическом сопровождении. Заболевание, обусловленное сложным комплексом взаимодействующих причинных факторов, порождает не только болезненную симптоматику, но и контрсимптомы в виде психологических механизмов компенсации соматических организменных нарушений. Следовательно, в психологической интервенции нуждаются лишь те пациенты, для которых характерна недостаточная сформированность личностно-смысловых механизмов саморегуляции.

Литература

1. Арина Г.А., Николаева В.В. Психология телесности: методологические принципы и этапы клинико-психологического анализа // Психология телесности между душой и телом / Ред.-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви. М.: АСТ, 2005. С. 222–235.
2. Вуколова Н.А. Ревматоидный артрит: соматопсихические и психосоматические аспекты заболевания (обзор литературы, часть 1) // Российский психиатрический журнал. 2000. № 1. С. 58–61.
3. ВYGотский Л.С. К проблеме психологии шизофрении // Хрестоматия по психологии / Сост. Б.В. Зейгарник, А.П. Корнилов, В.В. Николаева. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1981. С. 60–65.
4. Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С. Саморегуляция поведения в норме и патологии // Психологический журнал. 1989. Т. 10. С. 122–132.
5. Крыжановская Н.С., Балабанова Р.М. Ревматоидный артрит в свете психологических проблем // Терапевтический архив. 2000. № 5. С. 79–82.

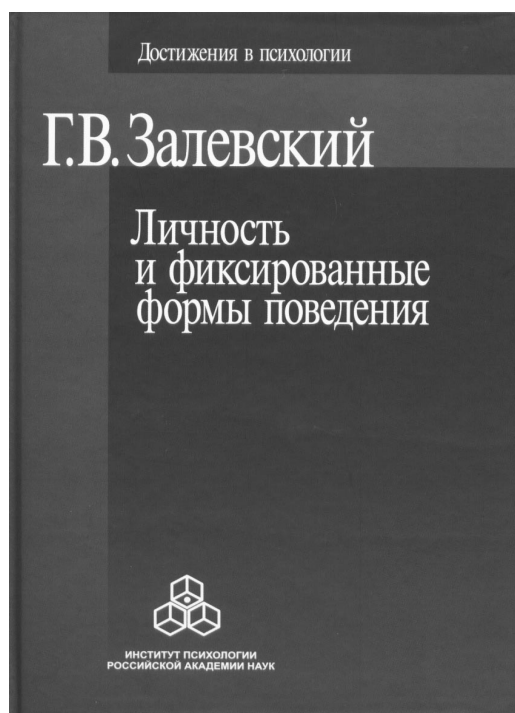
6. Николаева В.В. О психологической природе алекситимии // Телесность человека: Междисциплинарные исследования. М., 1991. С. 80–89.
7. Николаева В.В., Арина Г.А. Клинико-психологические проблемы психологии телесности // Психологический журнал. 2003. Т. 24, № 1. С. 119–126.
8. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и психосоматических заболеваниях. М., 1995. С. 241–245.
9. Мазур Е.С. Проблема смысловой регуляции в свете идей Л.С. Выготского // Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. 1983. С. 31–40.
10. Рассказова Е.И. Нарушения психологической саморегуляции при невротической инсомнии: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2008. 25 с.
11. Ревматические болезни / Под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука. М.: Медицина, 1997.
12. Чебакова Ю.В. Психологическая саморегуляция телесных феноменов у больных соматической патологией: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2006. 25 с.
13. Alexander F., French T.M. Studies in Psychosomatic Medicine. N.Y., 1948.

MOTIVATIONAL LEVEL OF MOTOR ACTIVITY REGULATION IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Baranskaya L.T., Pavlova E.V. (Ekaterinburg)

Summary. The subject of the paper is result of experimental research of motion activity of patient with rheumatoid arthritis. The intent of the paper is to emphasize the leading role of personal-semantic self-regulation in the course of the disease initiation and recovery from it, which is confirmed by the results of our experimental research. The paper demonstrates the potential of a system approach to the process of psychological rehabilitation in rheumatoid arthritis patients.

Key words: psychological syndrome, self-regulation, cultural-historical approach, syndrome analysis, psychology of corporeity, motion activity, rheumatoid arthritis.



Залевский Г.В.

Личность и фиксированные формы поведения. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2007. – 336 с. (Достижения в психологии)

В монографии проанализированы и систематизированы отечественные и зарубежные данные, материалы собственных многолетних экспериментально-психологических исследований фиксированных форм поведения на основе системно-структурного подхода. В центре экспериментально-психологического анализа находятся ригидность-флексibilität в континууме predispositional фактора феноменологии фиксированных форм поведения отдельного человека как индивидуальной системы, семьи, организационных сообществ, школы, этносов как групповых систем.

В последнем разделе монографии аргументируются дифференциально-диагностическое, прогностическое, реабилитационное значения проблемы фиксированных форм поведения для медико-психологической практики, а также практик образовательной, инновационной, научного творчества и межкультурных отношений.