

11. Chosidow O, Bagot M, Vernant J-P, Roujeau J-C. et al. Sclerodermatous chronic graft-versus-host disease. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1992, 26, 49-55.
12. Christner PJ, Artlett CM, Conway RF, Jimenez SA. Increased numbers of microchimeric cells of fetal origin are associated with dermal fibrosis in mice following injection of vinyl chloride. *Arthr. Rheum.*, 2000, 43(11), 2598-2605.
13. Furst D, Clements P, Graze P. et al. A syndrome resembling progressive systemic sclerosis after bone marrow transplantation: a model for scleroderma? *Arthr. Rheum.*, 1979, 22, 904-910.
14. Lamdert NC, Evans PC, Hashizumi TL. et al. Cutting edge: persistent fetal microchimerism in T lymphocytes is associated with HLA-DQA1*0501: implications in autoimmunity. *J. Immunol.*, 2000, 164(11), 5545-5548.
15. Lambert NC, Distler O, Muller-Ladner U. et al. HLA-DQA1*0501 is associated with diffuse systemic sclerosis in Caucasian men. *Arthr. Rheum.*, 2000, 43, 1005-1010.
16. Lee TH, Paglieroni T, Ohto H. et al. Survival of donor leukocyte subpopulations in immunocompetent transfusion recipients: frequent long-term microchimerism in severe trauma patients. *Blood*, 1999, 93, 3127-3139.
17. Lo YMD, Lo ESF, Watson N. et al. Two-way cell traffic between mother and fetus: biologic and clinical implications. *Blood*, 1996, 88, 4390-4395.
18. Maloney S, Evans P, Stofec J. et al. Evidence for persistent microchimerism with maternal cells in a patient with SSc. *Arthr. Rheum.*, 1997, 40, 1010.
19. Maloney S, Smith A, Furst DE. et al. Microchimerism of maternal origin persists into adult life. *J. Clin. Invest.*, 1999, 104, 41-47.
20. Miller FW, Hess EV, Clauw DJ. et al. Approaches for identifying and defining environmentally associated rheumatic disorders. *Arthr. Rheum.*, 2000, 43(2), 243-249.
21. Mullinax F. Chimerism and autoimmunity. Proceedings of the fourth ASEAN Congress of Rheumatology. Singapore, 1993, 39-40.
22. Nelson JL. Maternal-fetal immunology and autoimmune disease. Is same autoimmune disease auto-alloimmune or allo-autoimmune? *Arthr. Rheum.*, 1996, 39, 191-194.
23. Nelson JL, Furst DE, Maloney S. et al. Microchimerism and HLA-compatible relationships of pregnancy in scleroderma. *Lancet*, 1998, 351, 559-562.
24. Nelson JL. Microchimerism and the pathogenesis of systemic sclerosis. *Curr. Opin. Rheum.*, 1998, 10, 567-571.
25. Pandey JP, LeRoy EC. Human cytomegalovirus and the vasculopathies of autoimmune diseases (especially scleroderma), allograft rejector, and coronary restenosis. *Arthr. Rheum.*, 1998, 41, 10-15.
26. Piotrowski P, Croy BA. Maternal cells are widely distributed in murine fetuses in utero. *Biol. Reprod.*, 1996, 54, 1103-1110.

Поступила 4.03.02.

УДК: 616.72-002.77-053.3-07:616.89

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

В.И. Макарова, И.В. Бабилова, Ю.С. Джос

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Психологические аспекты больных ревматоидным артритом (РА) интересовали врачей с начала XX столетия [24, 26, 32]. Основной проблемой в то время было изучение психологических особенностей больных и возможность психогенеза заболевания. Следует отметить, что эти две проблемы обсуждаются и во многих современных исследованиях, так как не существует пока их однозначного решения.

Исследование психологических аспектов РА в отечественной психологии и медицине началось в 70-х годах прошлого века. Изучались поражения нервной системы, изменение психологического статуса больных РА, а также роль психологических факторов в лечении и реабилитации больных. Необходимо отметить немногочисленность подобных работ в педиатрии, т.к. понимание необходимости психологической помощи тяжело и длительно болеющим детям возникло сравнительно недавно.

Каковы основные психологические проблемы, связанные с РА и ювенильными хроническими артритами (ЮХА)? Ещё в 1909 г D. Cones отмечал, что развитие артрита может происходить в результате острых психических потрясений, а также длительной фиксированной тревоги. В 20-40-х годах прошлого столетия работы, в основном, выполнялись в рамках классического психоанализа, в свя-

зи с чем их главной задачей был поиск вытесненных в бессознательное, "заблокированных" в своей реализации влечений, что могло приводить к длительному мышечному напряжению и контрактурам с вторичной перестройкой внутрисуставного кровообращения и развитием реактивного синовита. В.М. Gardiner (1980) рассматривал РА как "стресс-заболевание", которое представляет собой результат недостаточного приспособления к психофизиологическому стрессу. Автор, исследуя моторную активность и агрессивность больных, нашел, что в детстве они, как правило, обладали высокой мышечной активностью. Развитие замкнутости, проблемы в общении способствовали формированию интравертированных черт характера с развитой способностью к подавлению агрессии, которая особенно четко просматривалась перед началом заболевания. Считалось, что тяжесть развившегося РА пропорциональна степени подавления внешней агрессии и при "сильном контроле" эмоций психические реакции выражаются преимущественно напряжением скелетных мышц.

Ф. Н. Dunbar в 1935 г первой попыталась описать специфическую, так называемую ревматоидную личность. По данным автора, ей свойственны самоограничительные тенденции, конформизм, консерватизм, конкретность, ригидность мышления, отсутствие фантазии, потребность в занятиях физического характера. Позднее к этому портрету были добавлены готовность к самопожертвованию наряду с душевной ранимостью, застенчивостью, чрезмерной услужливостью [3, 24, 31], а также чувство неполноценности.

Адрес для переписки:

В.И. Макарова,
163060, г. Архангельск, ул. Южная, д. 18
тел.: (8182) 209011.

ти, социальная неадекватность и тенденции к депрессивности [32, 33].

R. Rimon [34] указывает, что основной конфликт РА – удержать сильные враждебные импульсы в подсознании. Страх выразить враждебность или агрессивно действовать приводит к эмоциональной зажатости; неспособность открыто проявлять чувство злости стимулирует возникновение трудностей в общении даже с близкими людьми. Пациенты заметно ограничены в выражении эмоций, вербализации своих чувств. Такой тип характера получил название алекситимического, что буквально означает “отсутствие слов для выражения чувств”. Для пациентов с алекситимическим характером свойственны трудности в выборе слов для описания чувств, ригидность, отсутствие способности к фантазированию, тщательное описание тривиальных жизненных деталей. Эти пациенты редко мечтают, склонны к импульсивным действиям, их интраперсональные связи бедны, они избегают контактов с другими людьми [5, 17]. По результатам исследования М.И. Савельевой средняя величина алекситимического индекса при РА превышает пороговое значение алекситимии, а алекситимичные лица среди всей группы больных преобладают над неалекситимичными. Алекситимичная личность характеризуется как активно вытесняющая из сознания патогенные ситуации, что говорит о её подверженности психосоматическим расстройствам, в связи с чем алекситимию можно ставить в ряд факторов риска [16].

С другой стороны, ряд авторов отвергают специфические черты личности больного РА, определяющих предрасположенность к развитию заболевания, не исключая, однако, характерных черт личности вообще, заключающихся, главным образом, в повышенной невротизации [4, 12].

Таким образом, приведенные данные литературы не дают полного ответа на вопрос о роли особенностей личности в возникновении и течении РА.

Влияние РА на психоэмоциональный статус общепризнано [3, 4, 8, 9, 10, 14, 16]. Показано, что хронический характер заболевания приводит к нарушению привычного стиля поведения, расстройству сна, дисгармонии с окружающим миром, аутичности, формирует астению, тревогу, депрессию [11]. По данным исследований Е.А. Улановой [21] тревожные расстройства были выявлены у 95 % больных РА. Тревога и депрессия, преобладающие у женщин, страдающих РА (встречаются в 22-80 % случаев), тесно коррелируют между собой и представляют единый психопатологический феномен [33].

По мнению ряда авторов, в развитии депрессивных состояний при РА играют роль такие факторы, как боль, нарушение функции суставов, ухудшение материального положения, утрата социальных контактов [12, 22]. Большой вклад в формирование депрессий при РА вносит функциональная недостаточность суставов, приводящая к потере двигательной активности пациента. Установлена достоверная корреляция между положительной динамикой состояния опорно-двигательного аппарата и исчезновением депрессий. Установлено, что тревога и депрессия напрямую ассоциируются с персональным восприятием собственного состояния [12]. Р. Кочюнас и Г. Гоубис [11] при сравнении больных РА с длительностью заболевания от одного года и более шести лет обнаружили у последних значительно более выраженные тенденции “ухода в болезнь” и депрессивность.

По мнению Н. В. Вуколовой [4], РА как тяжелое заболевание коренным образом меняет образ жизни большей части больных. У них появляется потребность в переосмыс-

лении собственной жизни, причин болезни, межличностных отношений и личностных ценностей. Часть больных стремится адаптироваться к новым условиям жизни, другие активно стремятся к преодолению болезни. В любом случае, изменение образа жизни пациентов приводит к изменению черт личностного (одни становятся более сенситивными, другие – тревожными и недоверчивыми).

Представляет интерес самооценка больных, характеризующая качество их жизни. По результатам исследования Н.И. Коршунова [8, 9, 10] самооценка личностных достоинств при тяжелом течении РА достоверно ниже по сравнению с таковой у больных с легким и среднетяжелым течением РА.

Для внутренней картины болезни при РА, по результатам исследования М.И. Савельевой [16], характерно доминирование (76,3 %) дезадаптивных форм отношения к болезни, чаще всего смешанного и диффузного типа с преобладанием интрапсихических видов реагирования (тревожный, ипохондрический, неврастенический) и сенситивности. При этом отношение к болезни зависит от уровня образования пациента, длительности болезни и степени функциональной недостаточности суставов. Однако Н.Ф. Сорока [19] свидетельствует о том, что психологические типы отношения к болезни достоверно не зависят от пола, степени активности, характера течения, стадии и длительности болезни.

Данные, касающиеся психических, в том числе и депрессивных, реакций у больных РА в зависимости от длительности заболевания, активности воспалительного процесса, пола, возраста, уровня образования, во многом недостаточны и противоречивы.

Другое направление психологических исследований больных РА занимается поисками психогенных факторов в психосоциальных условиях человека [3, 4, 10, 16, 28, 29, 32, 33]. Под психосоциальными условиями понимаются жизненные условия, эмоциональные стрессы и психологические травмы, выпавшие на долю больного перед заболеванием и, по мнению исследователей, провоцирующие его начало.

Было установлено, что основополагающую роль в патогенезе РА играют чрезвычайные жизненные события (потеря близкого, внутрисемейные проблемы, финансовые трудности), которые происходят по данным различных авторов за год до манифестации РА у 30,0 % – 75,6 % больных [10, 11, 16, 18, 29]. Наиболее часто неблагоприятные психические воздействия были связаны с отношениями в семье и личной жизни, значительно реже – с отношениями на производстве. Нужно отметить, что во всех вышеупомянутых работах не выделялся специфический стресс или травма. А также, по данным Н.И. Коршунова с соавт. [10], анализ выраженности проблематики в зависимости от важнейших клинических параметров болезни (активность, стадия, функциональное состояние опорно-двигательного аппарата и др.) не выявил закономерных связей.

Особенности личности во взаимодействии с внешними обстоятельствами могут формировать тот внутренний конфликт, который ложится тяжелым бременем на адаптивные системы организма, бьет по генетически уязвимым структурам (*locus minoris resistentiae*), вызывая нарушения гомеостаза, в том числе, иммунного [16]. Таким образом, стресс и срыв иммунного гомеостаза с реализацией хронического воспалительного процесса преимущественно на уровне опорно-двигательного аппарата – вот возможный путь развития РА как психосоматической патологии [10].

Но есть данные о том, что адаптивные способности больных РА снижены из-за уменьшенной интенсивности большинства основных типов психологической защиты по сравнению со здоровыми, при этом чем активнее ревматоидный процесс, тем в большей мере сужаются возможности использования психологической защиты [16].

Психосоматические гипотезы подтверждаются психофизиологическими экспериментальными исследованиями [3, 27]. По результатам исследования ряда авторов выявлено, что при РА отмечается повышенный мышечный тонус при раздражениях и отягчающих ситуациях по сравнению с показателями в контрольной группе. Больной переносит свои конфликты преимущественно на мышечные реакции. У пациентов выявляются различные психические раздражители, что определяется в ходе интервью, во время психоаналитических сеансов или при применении психологических тестов. При одновременной регистрации электрических потенциалов действия больных или здоровых мышц показано, что агрессивные чувства и конфликты у больных РА приводят к повышенной электромиографической активности, которая определяется больше всего в пораженной области и в мышцах вокруг больных суставов. Мышечное напряжение сохраняется дольше, чем действует раздражитель [3].

Но эти данные следует оценивать и критически, т.к. повышенное мышечное напряжение в области больного сустава можно рассматривать как следствие поражения этого сустава. Нельзя отрицать и наличие порочного круга: болевой синдром, обусловленный возбуждением рецепторов в суставе, в околосуставных тканях и мышцах, приводит к рефлекторному ишемическому болезненному состоянию напряжения. Эмоционально повышенный тонус скелетных мышц обуславливает повышенную сенсомоторную возбудимость (А. Struppler, 1975). Такова соматопсихосоматическая специфика реакций в виде порочного круга. При этом всегда возможно, что поражение сустава, микротравмы и иммунный ответ могут оказывать усиливающее действие (первично или вторично) на психологически обусловленное повышение мышечного тонуса.

По результатам клинко-физиологического анализа изменений мышечного тонуса у больных РА с разной степенью активности процесса и длительностью заболевания, проведенного Е.Я. Новиковой [15], также показано, что неблагоприятные факторы среды при РА играют роль в развитии клинической картины заболевания. Это проявляется через дисфункцию супрасегментарного аппарата (ретикулярной формации) в феномене гипотонии мышц, которая выявлена у 90,4 % больных РА и подтверждена данными электромиографии: отсутствие электрогенеза при рефлекторных изменениях мышечного тонуса.

Существуют и другие косвенные подтверждения роли стрессовых воздействий в развитии и течении РА. Было описано статистически значимое клиническое преимущество у больных, получавших психотерапевтическое антистрессовое вмешательство, перед больными РА, не получавших такого лечения [12].

Работы в области психонейроиммунологии свидетельствуют, что тяжелые стрессовые воздействия сопровождаются подавлением иммунной системы, в то время как стабилизация психического состояния приводит к позитивным сдвигам в иммунном статусе [20, 35].

Существует и противоположное мнение о значимости психотравмирующих факторов при РА. По результатам исследования Н.В. Вуколовой объективно тяжелые психогении наблюдались у 15,4 % больных, тогда как в

контрольной группе (больные реактивным артритом) психогении, с которыми пациенты связывали развитие заболевания, - у 45 % [4].

Таким образом, анализ имеющихся публикаций свидетельствует, что до настоящего времени отсутствует единство взглядов на роль психологического стресса в этиопатогенезе РА.

По мнению ряда авторов, больные ЮХА дети отличаются от здоровых сверстников некоторыми психологическими особенностями: трудностями в общении, эмоциональной сдержанностью, аспонтанностью, неуверенностью в своих силах, высоким уровнем тревожности, агрессивностью, повышенной чувствительностью, зависимостью от окружающих. Больные дети более благоразумны, рассудительны и осторожны. Их отличает повышенный самоконтроль и приспособляемость к условиям окружающей жизни [1, 6, 7, 13, 23].

По данным И.И. Мамайчук и соавт. общительность (экстравертированность) больных детей снижается по мере увеличения степени инвалидизации. Авторы характеризуют больных ЮХА по сравнению со здоровыми детьми как более замкнутых, застенчивых, стремящихся оградить свой внутренний мир от окружающих. Результаты исследования авторов указывают и на высокий показатель эмоциональной нестабильности (нейротизма), возрастающий с увеличением тяжести заболевания. Это свидетельствует о неуравновешенности, эмоциональной неустойчивости, легкой возбудимости, повышенной лабильности нервных процессов у детей с ЮХА [13].

По мнению Л.В. Яковлевой, психологические особенности личности больных ЮХА зависят от пола и возраста. Изменения личности более выражены у девочек подросткового возраста. По сравнению со здоровыми детьми они более замкнуты, неторопливы, рассудительны, спокойны и исполнительны. Мальчиков-подростков с ЮХА отличает от здоровых повышенная зависимость от других, раздражительность и агрессивность. По всем половозрастным группам подчеркивается влияние заболевания на формирование личности, что приводит к осторожности, угрюмости, интравертированности [23].

Хроническое заболевание делает детей более практичными, реалистичными, больше полагающимися на себя, не обращающими внимания на физические недомогания. Эта тенденция, возможно, свидетельствует о психологической адаптации к болезни, формирующейся в процессе заболевания [23].

В то же время А. М. Коломиец отметил, что у подростков с ЮХА показатели, характеризующие направленность личности (Е-экстраверсия), не отличались от здоровых подростков и соответствовали нормативным показателям своей возрастной группы. При изучении показателя N (нейротизма) было установлено, что у мальчиков всех возрастных групп уровень N ниже, чем у девочек, что объясняется различными особенностями эмоционально-волевой сферы подростков в зависимости от пола. Эти данные свидетельствуют о склонности девочек накапливать отрицательные эмоции и их повышенной сенситивности. Кроме того, было отмечено тенденция к повышению значения N соответственно тяжести ревматоидного процесса [6].

Показатели личностной тревожности по Спилбергу оказались достоверно выше у подростков, больных ЮХА, чем у здоровых. Наряду с этим, показатели личностной тревожности у больных РА были значительно выше, чем показатели реактивной тревожности. У здоровых подростков показатель реактивной тревожности оказался не-

сколько выше, чем у больных сверстников. По-видимому, снижение уровня реактивной тревожности у больных по сравнению с уровнем личностной тревожности, а также с уровнем у здоровых, можно объяснить положительной реакцией на лечение, возможностью улучшения соматического состояния [6].

При выявлении отношения детей с ЮХА к болезни и лечению J.G. Beales et al. [25] было обнаружено, что дети 7-11 лет воспринимают свое заболевание непосредственно, без понимания внутренней патологии. Дети 12-17 лет осознают артрит как заболевание, испытывают беспокойство, связанное с внешним видом, могут оценить результаты лечения.

По результатам исследования И.И.Мамайчук с соавт. в фрустрационной ситуации у здоровых детей преобладали внешнеобвинительные реакции, а реакции самообвинения и безобвинительных позиций было достоверно меньше. Среди типов реагирования доминировал самозащитный. У больных ЮХА по сравнению со здоровыми детьми количество внешнеобвинительных реакций было снижено, что, по мнению авторов, свидетельствует о неадекватном реагировании на фрустрацию. У больных детей было достоверно увеличено количество самообвинительных реакций. У больных ЮХА с тяжелыми нарушениями функции суставов наблюдалась тенденция к повышению процента безобвинительных реакций, т.е. восприятию ситуации как чего-то неизбежного, фатального. При анализе типов реакций авторы выявили, что у детей, больных ЮХА, наблюдается достоверное снижение количества самозащитных реакций, при этом отчетливо повышается зависимость от окружающих в разрешении конфликта.

Таким образом, эмоционально-волевая неустойчивость, пассивность, неуверенность в своих силах, зависимость от окружающих, коммуникативные трудности в значительной степени снижают у больного ребенка устойчивость к фрустрациям [13].

E.R. McAnagney и соавт. [30] изучали психические особенности детей, больных ЮХА, в зависимости от тяжести заболевания. Авторы выделили 4 группы больных в зависимости от выраженности деформаций и функциональной недостаточности суставов. Результаты исследований показали, что, больные без деформаций суставов имеют больше эмоциональных проблем, чем дети с деформациями суставов или здоровые сверстники. Авторы объясняют это тем, что более инвалидизированный ребенок, с выраженными деформациями и функциональной недостаточностью суставов, вынужден быстрее и полностью принимать реальность заболевания. Поэтому у него скорее начинают формироваться адекватные компенсаторные механизмы, такие, например, как удовлетворение от успехов в школе. Кроме того, по отношению к тяжело больному ребенку окружающие становятся менее требовательными. Неинвалидизированный ребенок, по мнению родителей и окружающих, практически не отличается от здорового. При этом нередко может возникать несоответствие между его самочувствием, реальной возможностью выполнять различные действия и тем, что ему разрешают родители, которые, с одной стороны, подсознательно стремятся отрицать болезнь и её возможные последствия, а с другой -, испытывают сильную тревогу за будущее ребенка.

По данным Р.Ф. Беляускяйте [2] при использовании теста «кинетический рисунок семьи» было выявлено, что дети с ЮХА отличаются от здоровых менее положительной семейной ситуацией, более высоким уровнем тревожности, более выраженной конфликтностью, враждебностью

и чувством неполноценности. Авторы связывают это с хронической соматической болезнью, т.к. ребенок, заболевший ЮХА, оказывается в новой ситуации, которая меняет его позиции как в семье, так и в коллективе сверстников. Больной ребенок периодически находится в стационаре или санатории, он как бы выпадает из общей системы семьи, чувствует себя ненужным. На положение больного ребенка в семье также могут влиять многочисленные ограничения в удовлетворении физической и познавательной активности, а также общения и чрезмерная опека родителей, которая может стимулировать формирование чувства беспомощности и пассивности. К тому же ребенок чувствует свои ограниченные возможности по сравнению со здоровыми детьми. Эти переживания обуславливают возникновение трудностей в общении больного ребенка, его субъективное восприятие семейной ситуации как неблагоприятной. Причем при увеличении длительности заболевания семейная ситуация в восприятии больного ЮХА становится более положительной. Авторы связывают это с адаптацией ребенка к роли больного в семье.

J. Rekola [32] попытался найти общие черты, характерные для семьи больного. Автор обследовал родителей, братьев и сестер, а также самих пациентов. Семьи больных РА были сравнены с семьями больных неврозами и шизофренией. Всем была свойственна неспособность создать интегральную семью, но семьи больных РА выделялись определенным способом решения этой проблемы: они характеризовались как зависимые, с небогатой внутренней жизнью, конвенциональные и конформные. Родители имели тенденцию к ригидности в межличностных отношениях. Мать часто относилась к сыну как к собственности, проявляла гиперопеку, в их отношениях проявлялась симбиотическая зависимость, отец же был пассивным, равнодушным или вообще отсутствовал. Отношения дочери с матерью были амбивалентны, с элементами выраженной враждебности. J. Rekola отмечает, что больной РА был самым зависимым и привязанным к дому ребенком из всех своих братьев и сестер. Автор полагает, что зависимость и агрессивность являются взаимосвязанными и что ригидные семейные отношения зависимости приводят к накоплению потенциала агрессивности, которая остается без конструктивного и адекватного выражения. При этом больной не может испытывать некоторые переживания и аффекты. Характеризуя семью больного РА, автор пытается показать и механизм того, как в ней формируются определенные особенности личности больного. Но не все исследователи подтверждают гипотезы J. Rekola. Так, по данным R. Rimón с соавт. у 48 % больных имелись проблематичные отношения с отцом, у 33 % больных - с матерью, но установить какой-нибудь один характерный тип патологических внутрисемейных отношений не удалось [34]. M. J. Henoch и соавт. исследовали 88 детей, больных ЮХА, и установили, что 28,4 % этих детей живут в неполных семьях вследствие развода, отъезда или смерти одного из родителей (в контрольной группе здоровых детей такие семьи составили только 10,6 %). 51 % этих событий (развод, смерть или отъезд одного из родителей) случались незадолго до начала болезни ребенка [28].

По данным зарубежных авторов хронические семейные трудности и негативное влияние современной стрессовой жизни были выявлены в 2/3 семей (n=106), имеющих детей с ЮХА, но корреляция была установлена только при олиго- и полиартритических вариантах болезни. Семейные трудности и стрессовые факторы не зависели от тяжести болезни [36].

Р. Рimon выделил группу "конфликтных" детей, больных ЮХА, у которых имелось более тяжелое течение заболевания и выявлялась высокая частота (37 %) непосредственной связи начала заболевания с конфликтной ситуацией или переживаниями. У "конфликтных" детей чаще отмечались психологические особенности, нарушающие их адаптацию (тревожность, депримируемость, замкнутость, склонность к преувеличению, чувство собственной неполноценности) [34].

Ряд зарубежных авторов выделяют повышенную тревожность родителей, их неспособность быть образцом для детей, а также использование авторитарных, строго ограничивающих форм воспитания [28, 37].

Обобщая данные литературы по исследованию се-

мей больных ЮХА, можно предположить, что неблагоприятные отношения в семье негативно сказываются на состоянии здоровья ребенка.

Таким образом, можно сделать заключение об изменении психологических характеристик личности ребенка при ЮХА. Рядом авторов подтверждена роль психогенных расстройств в развитии РА у взрослых.

В настоящее время в отечественной ревматологии ещё недостаточно работ по изучению комплекса психосоциальных влияний на больных детей с ЮХА и взрослых с РА. Сложные проблемы и психологические отклонения пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями суставов ставят вопрос о целесообразности внедрения в лечение психокоррекционных подходов.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Беляуская Р.Ф. Психологические особенности детей, больных ювенильным ревматоидным артритом и их психологическая коррекция: Автореф. Дис. ... канд. психол. наук., Л., 1985, 24.
2. Беляуская Р., Буткявичене Р. Психологические особенности длительно болеющих детей, влияющие на их адаптацию в санатории. В сб: Актуальные вопросы санаторно-курортного лечения детей с некурабельными заболеваниями. М., 1988, 59.
3. Брайтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М., Медицина, 1990, 310-316.
4. Вуколова Н.В. Пограничные психические расстройства у больных ревматоидным артритом. Рос. психiatr. журнал, 1997, 2, 19-23.
5. Вуколова Н.В. Ревматоидный артрит: соматопсихические и психосоматические аспекты заболевания. Рос. психiatr. журнал, 2000, 1, 58-61.
6. Коломиец А.М. Охрана здоровья детей и подростков: республиканский межведомственный сборник МЗ УССР. Киев, 1991, вып. 22, 40-42.
7. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А. Общая психотерапия. Минск, 1999, 524.
8. Коршунов Н.И. Некоторые терапевтические и социальные аспекты ревматоидного артрита. Тер. архив, 1985, 54, 9, 148-152.
9. Коршунов Н.И., Аксентьев Р.Г., Баринаева Э.Я., Снопина И.Г. Психосоматические отношения у больных ревматоидным артритом. В сб: Резервы человеческой психики в норме и патологии. М., 1988, 55-56.
10. Коршунов Н.И., Григорьева Е.А., Капустина Л.В. Проблемы, психические нарушения и качество жизни больных ревматоидным артритом. Тер. архив, 1991, 8, 100-104.
11. Кочюнас Р., Гуобис Г. Психологические аспекты ревматоидного артрита: обзор. Ревматол., 1983, 1, 60-67.
12. Крыжановская Н.С., Балабанова Р.М. Ревматоидный артрит в свете психологических проблем. Тер. архив, 2000, 5, 79-82.
13. Мамайчук И.И., Лапкина Ю.А., Лихачева Е.С. Некоторые особенности личности детей, больных ревматоидным артритом. Ревматол., 1986, 4, 38-41.
14. Насонова В.А., Денисов Л.Н., Балабанова Р.М. с соавт. Изучение факторов внешней среды в семьях больных ревматическими заболеваниями. Тер. архив, 1994, 4, 51.
15. Новикова Е.Я. Состояние мышечного тонуса у больных ревматоидным артритом. Журнал невропатол. и психiatr. им. Корсакова, 1986, 11, 1161-1167.
16. Савельева М.И. Ревматоидный артрит: психосоматические соотношения и ВКБ: Автореф. Дис. ... канд. психол. наук, Ярославль, 1995, 19.
17. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. М., 2000.
18. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи). Психiatr. и психофармакотер., 2000, 2, 35-40.
19. Сорока Н.Ф. Психологические особенности личности больных ревматоидным артритом. Ревматол., 1991, 3, 15-17.
20. Тушишвили Д.И. Психосоматические соотношения при ревматоидном артрите: Дис. ... канд. мед. наук., Л., 1985.
21. Уланова Е.А. Качество жизни при тревожных расстройствах у больных ревматоидным артритом. Клинич. мед., 2001, 1, 47-49.
22. Фоломеева О.М., Амирджанова В.Н. Являются ли ревматические болезни проблемой для современной России? Русс. мед. журнал, 1997, 5, 7, 415-417.
23. Яковлева Л.В. Психологические особенности личности детей с ювенильным ревматоидным артритом. Рос. педиатрич. журнал, 1998, 6, 20-21.
24. Alexander F. Psychosomatic medicine, its principles and applications. New York, 1950, 210.
25. Beales J.G., Holt P.J., Keen J.H., Mellor V.P. Children with juvenile chronic arthritis: their beliefs about illness and therapy. Ann. Rheum. Dis., 1983, 42, 5, 481-486.
26. Dunbar F.H. Psychosomatic diagnosis. New York, 1948.
27. Engel G.L. The clinical application to the psychosocial model. Am. J. Psychiatry, 1980, 137, 5, 535-540.
28. Henoeh M.J., Batson J.W., Baum J. Psychological factors in juvenile rheumatoid arthritis. Rheum., 1978, 21, 2, 229-233.
29. Leichter-Hennig R., Vetter G. Persönlichkeit, Streß und Rheuma: Methodische Überlegungen. Z. Rheumatol., 1988, 47, 5, 337-341.
30. McAnarney E.R., Pless I.B., Satterwhite B., Friedman S.B. Psychological problem of children with chronic JRA. Pediatrics, 1974, 53, 4, 523-528.
31. Pancheri P., Teodory S., Aparo U.L. Psychological Aspects of Rheumatoid Arthritis vis-a-vis osteoarthritis. Scand. J. Rheum., 1978, 7, 1, 42-48.
32. Rekola J. Rheumatoid arthritis and the family. Scand. J. Rheum., 1973, 2, suppl. 3, 118.
33. Rimon R. Psychosomatic approach to rheumatoid arthritis. Scand. J. Rheum., 1969, suppl. 13, 76.
34. Rimon R., Belmaker R., Ebsstein R. psychosomatic aspects of juvenile rheumatoid arthritis. Scand. J. Rheum., 1977, 6, 1, 1-10.
35. Solomon J.F. Psychoneuroimmunology. New York, 1981.
36. Vandoik J.H., Hoyeraal H.M., Fagertun H. Chronic family difficulties and stressful life in recent onset juvenile arthritis. J. Rheumatol., 1989, 16, 8, 1088-1092.
37. Vandoik J.N., Hoyeraal H.M. Juvenile chronic arthritis: a biobehavioral disease. Some unsolved questions. Clin. Exp. Rheumatol., 1993, 11, 6, 669-680.

Поступила 14.02.02.