Роль психосоциального фактора в клинике ревматоидного артрита и анкилозирующего спондилита

О.С. Шубина^{1,2}, Л.А. Уколова^{1,3}, Л.А. Богодерова¹, Н.А. Шабанова¹

¹ Государственная Новосибирская областная клиническая больница
630087, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 130

² НИИ молекулярной биологии и биофизики ФИЦ фундаментальной и трансляционной медицины
630117, г. Новосибирск, ул. Тимакова, 2/12

³ Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России
630091, г. Новосибирск, Красный просп., 52

Резюме

Статья посвящена исследованию психосоматических особенностей пациентов с ревматоидным артритом (РА) и анкилозирующим спондилитом (АС). **Материал и методы.** Исследование проходило в три этапа. Цель первого этапа – изучить ведущие личностные черты, преобладающие типы отношения к болезни у пациентов с РА и АС. Цель второго этапа – изучить роль социального фактора у пациентов с РА на модели семьи, выявить связь внутрисемейных проблем с длительностью и степенью активности болезни, уровнем образования. На третьем этапе предполагалось продемонстрировать эффективность биоповеденческой терапии при коррекции болевого синдрома у больных РА. Контингент исследования: пациенты с достоверным диагнозом ревматоидного РА и АС, 1-й этап – 26 человек (20 мужчин, 6 женщин), 2-й этап – 14 пациентов (11 женщин, 3 мужчин), 3-й этап – 46 женщин с РА. Всем пациентам проведено клиническое, лабораторное, рентгенологическое обследование. Использовались анкетные психологические тесты, опросник Health Assessment Questionnaire (HAQ). **Результаты.** На первом этапе исследования выявлено стремление у женщин с РА подчеркнуть мужественность, а также ипохондричность, повышенная тревожность, эмоциональная незрелость. У мужчин с РА ведущие черты: ипохондричность, эмоциональная незрелость. Типы отношения к болезни у женщин: эргопатический – 79 %, гармоничный – 37 %, неврастенический – 32 %; у мужчин: эргопатический – 57 %. Обнаружена значимая корреляционная взаимосвязь между длительностью заболевания у женщин и эргопатическим и гармоничным типом отношения к болезни. Второй этап исследования позволил в группе с РА выявить отчужденность, нежелание и невозможность самостоятельно решать проблемы семьи. По итогам третьего этапа исследования установлено, что приобретенный пациентками навык волевого контроля альфа-ритма позволил им контролировать интенсивность болевого синдрома и снизить потребность в приеме высоких доз НПВП. Достигнута редукция чувства беспомощности, безысходности. **Заключение.** В ходе исследования выявлены психологические, социальные проблемы у пациентов с РА и АС, обосновывающие междисциплинарный подход при ведении таких пациентов с участием и ревматолога, и психотерапевта. Современные возможности психотерапии позволяют снизить фармакологическую нагрузку в процессе лечения.

Ключевые слова: хронические заболевания суставов, хроническая боль, психосоматические аспекты болезни суставов, нейробиоуправление.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Автор для переписки: Богодерова Л.А., e-mail bogoderova_okb@mail.ru

Для цитирования: Шубина О.С., Уколова Л.А., Богодерова Л.А., Шабанова Н.А. Роль психосоциального фактора в клинике ревматоидного артрита и анкилозирующего спондилита. *Сибирский научный медицинский журнал.* 2020; 40 (4): 78–85. doi: 10.15372/SSMJ20200411

The role of psychosocial factor in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis

O.S. Shubina^{1,2}, L.A. Ukolova^{1,3}, L.A. Bogoderova¹, N.A. Shabanova¹

¹Novosibirsk State Regional Clinical Hospital
630087, Novosibirsk, Nemirovicha-Danchenko str., 130

²Institute of Molecular Biology and Biophysics, Federal Research Center of Fundamental and Translational Medicine
630117, Novosibirsk, Timakov str., 2/12

³Novosibirsk State Medical University
630091, Novosibirsk, Krasny av., 52

Abstract

The article is devoted to the study of the psychosomatic characteristics of patients with rheumatoid arthritis (RA) and ankylosing spondylitis (AS). The study has been divided into 3 stages. The purpose of the first stage was to study the leading personality traits and prevailing types of attitude towards the disease in patients with RA and AS. The purpose of the second stage was to study the role of the social factor in RA patients based on the family pattern, to identify the relationship of intra-family problems with the duration and degree of the disease activity, the level of education. The third stage was aimed to demonstrate the effectiveness of biobehavioral therapy for the correction of pain in patients with RA. **Material and methods.** The contingent study consisted of patients with a reliable diagnosis of rheumatoid RA and AS, stage 1 – 26 patients (20 men, 6 women), stage 2 – 14 patients (11 women, 3 men), stage 3 – 46 women with RA. The patients underwent clinical, laboratory, X-ray examination. Psychological questionnaires and the Health Assessment Questionnaire (HAQ) were used. **Results.** Hypochondria, increased anxiety, emotional immaturity, men's behavioral characteristics in women have been revealed at the first stage of the study. In men with RA, the leading features are hypochondria, emotional immaturity. Types of attitude to the disease in women were: ergopathic 79 %, harmonious 37 %, neurasthenic 32 %; in men: ergopathic 57 %. The significant intercorrelation between the disease duration in women and the ergopathic and harmonious type of attitude toward the disease was found. The second stage of the study allowed the RA group to identify alienation, unwillingness and inability to independently solve family problems. According to the results of the third stage of the study, it was found that the patient's acquired ability to control the alpha rhythm voluntarily allowed them to control the intensity of the pain syndrome and reduce the need for taking high doses of NSAIDs. A reduction of feelings of helplessness, hopelessness has been achieved. **Conclusions.** The study revealed psychological and social problems in patients with RA and AS, substantiating an interdisciplinary approach in the management of the patients with the rheumatologist and psychotherapist participation. Modern possibilities of psychotherapy can reduce the pharmacological burden in the treatment process.

Key words: chronic joints disease, chronic pain, psychosomatic aspects of joints disease, neurobiofeedback.

Conflict of interests. Authors declare lack of the possible conflicts of interests.

Correspondence author: Bogoderova L.A., e-mail bogoderova_okb@mail.ru

Citation: Shubina O.S., Ukolova L.A., Bogoderova L.A., Shabanova N.A. The role of psychosocial factor in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Sibirskiy nauchnyy meditsinskiy zhurnal* = *Siberian Scientific Medical Journal*. 2020; 40 (4): 78–85 [In Russian]. doi: 10.15372/SSMJ20200411

Введение

Хронические заболевания суставов аутоиммунной природы часто становятся причиной инвалидизации. В связи с этим вопрос сохранения двигательной активности для этой группы пациентов чрезвычайно актуален. Ревматологи всего мира признают недостаточность одного лишь медикаментозного подхода в лечении болезней суставов. Во многих исследованиях показана роль

и эффективность реабилитационных программ, включающих физио-, бальнеолечение, лечебную физкультуру, и многих других методов реабилитации [1, 2]. Все чаще речь идет и о психотерапии как о важном компоненте восстановительной терапии [1–4]. Подчеркивается важность вклада понимания личностных особенностей пациентов, роли социального фактора [5–10], поведенческих паттернов [11–13] в эффективность реабилитации. Получило развитие и такое направление ин-

тегративной психотерапии, как биоповеденческая терапия, базирующаяся на принципе биологической обратной связи и традициях когнитивно-поведенческой психотерапии [6, 14]. Изучаются и психодинамические аспекты развития суставного синдрома.

Н.И. Коршунов и соавт. [15] отмечают, что в реальной ревматологической практике психосоматический или, иначе, «биопсихосоциальный» подход ведения пациентов с ревматоидным артритом (РА), анкилозирующим спондилитом (АС) хотя и декларируется, но фактически игнорируется, несмотря на широко используемый термин «качество жизни». Из всех заболеваний суставов наиболее изученным с точки зрения психосоматического подхода является РА. Основоположник психосоматического направления Ф. Александер отнес РА к классической семерке психосоматических заболеваний, при которых психологический фактор играет ведущую роль в патогенезе, клинике и прогнозе болезни. Анкилозирующий спондилит (АС), как и другие заболевания суставов, изучен гораздо меньше. Биопсихосоциальная модель в подходе к изучению данного заболевания представляется наиболее адекватной в связи с тем, что ранняя диагностика психологических и социальных проблем больного, подключение к процессу реабилитации психологов, психотерапевтов, психиатров может в значительной степени повысить эффективность лечебных и реабилитационных программ. Несвоевременная коррекция психологических проблем больных РА вызывает затруднения в правильной оценке активности РА и приводит к неэффективности усиления лекарственной терапии. Однако результаты исследования в области психосоматических аспектов суставного синдрома зачастую не используются в практике ревматологов. Большой редкостью является подключение к процессу лечения психотерапевта.

Актуальность развития и внедрения психокоррекционных подходов в ревматологической клинике очень высока, это позволяет потенцировать эффективность лечения и реабилитации данной группы пациентов. Многочисленными исследованиями показано, что эффективность терапии тесно связана с тем, как пациент представляет свою болезнь. Особенностью пациентов с РА является ориентация на внутренние критерии оценки действительности, неудовлетворенность, нередко враждебное отношение к окружающим, неверие в успех лечения. Наличие собственной концепции заболевания, скептицизм в отношении эффективности лечения затрудняют терапию [8, 11]. На эмоциональное состояние пациентов с РА и АС значительное влияние оказывают отношения с близкими людьми. Является очевидным

и вклад коммуникативных нарушений в процесс течения РА. Раннее выявление внутрисемейных проблем, их адекватная и своевременная коррекция позволяют оптимизировать процесс комплексной реабилитации и социальной адаптации больных с РА и АС.

Активность воспалительного процесса при РА связана с субъективным восприятием боли. М.И. Савельева [11] отмечает взаимонаправленное влияние выраженности болевых ощущений и эмоционально-личностных особенностей. Н.С. Крыжановская с соавт. [16], V.G. Sinclair [12] подчеркивают, что уровень восприятия боли определяется не столько особенностями течения заболевания, сколько снижением стрессоустойчивости, ростом эмоциональной напряженности, пессимизмом, пассивным болевым поведением, состоянием беспомощности. L.A. Bradley [10] отмечает, что в контексте РА уместна модель заученной беспомощности, убежденности пациента, что невозможно эффективное разрешение ситуации, при этом двигательная беспомощность обратно коррелирует с комплаентностью пациента.

Разработанная в последние десятилетия технология нейробиоуправления по альфа-ритму ЭЭГ показала свою эффективность и при коррекции болевого синдрома у больных РА. Нейробиоуправление, представляющее собой синтез когнитивно-поведенческой терапии и тренинга на основе биологической обратной связи по альфа-ритму ЭЭГ, позволяет потенцировать эффект лечения, воздействуя как на центральные механизмы болевого синдрома, так и на поведенческие паттерны при хронической боли [2]. Альфа-ритм ЭЭГ представляет собой ритм спокойного бодрствования, его превалирование соответствует ясному, светлому, спокойному состоянию; напротив, низкоамплитудный альфа-ритм соответствует подавленности, тревоге. Данные нейрофизиологов свидетельствуют о том, что при болевом синдроме амплитуда альфа-ритма снижена, кроме того, при хронической боли происходит смещение диапазона альфа-волн в сторону медленнo-волновой активности [17]. Обучение волевому контролю альфа-ритма позволяет научить пациента справляться с болевым синдромом, снизив дозу обезболивающих препаратов. Одними из важнейших психологических моделей, объясняющих эффективность нейробиоуправления, являются модель самоэффективности (позволяющая пациенту осознать собственные ресурсы при управлении болью) и когнитивная модель (подчеркивающая роль внутреннего диалога пациента, способствующая «переформатированию» его дисфункциональных убеждений относительно заболевания).

Материал и методы

На базе ревматологического отделения Государственной Новосибирской областной клинической больницы в пилотном режиме с 2009 по 2019 г. проводилось исследование психосоматической «картины» у пациентов с верифицированным диагнозом хронической патологии суставов РА [18] и АС [19]. При включении пациентов в исследование изучалась как клиническая характеристика (пол, возраст, длительность и степень активности болезни), так и психосоматический статус путем анкетирования с использованием опросников [20].

Все исследования были условно разделены на три этапа не по временному признаку, а согласно поставленным целям и задачам по изучению психосоматического статуса.

Цель первого этапа – изучить ведущие личностные черты, превалирующие типы отношения к болезни у пациентов с АС и РА, а также общие и отличительные характеристики психосоматического статуса в зависимости от нозологии и длительности болезни. При анкетировании пациентов как с АС, так и с РА использовались единые опросники: опросник Мини-СМИЛ, личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) [7, 11]. В 2018 г. обследовано и проанкетировано 26 пациентов с АС: 20 мужчин (средний возраст $39,1 \pm 8,8$ года, длительность заболевания $10,6 \pm 5,1$ года) и 6 женщин (средний возраст $41,0 \pm 8,5$ года, длительность заболевания $12,0 \pm 8,5$ года). В 2019 г. обследованы 26 пациентов с РА: 19 женщин (средний возраст $53,3 \pm 11,7$ года) и 7 мужчин (средний возраст $54,29 \pm 14,2$ года), 58 % пациентов имели позднюю стадию болезни.

Цель второго этапа – изучить роль социального фактора у пациентов с РА на модели семьи, выявить внутрисемейные проблемы, их взаимосвязь с длительностью и степенью активности болезни, а также уровнем образования. Для анализа внутрисемейных отношений использовались клиничко-психологическое интервью, опросник «Конструктивно-деструктивная семья», методика «Семейная социограмма» [18]. Исследование проводилось в 2012 г. Обследовано 14 пациентов с РА (11 женщин и 3 мужчин, средний возраст 52 года), имевших высокую степень активности РА по индексу DAS 28 [21]. Средняя продолжительность заболевания 4 года; 10 пациентов имели среднеспециальное, 3 – среднее, 1 – высшее образование; в браке состояло 10 человек.

Задачей третьего этапа было продемонстрировать возможность эффективного влияния на течение РА посредством психосоматической кор-

рекции с использованием метода нейробиоуправления по альфа-ритму в сочетании с рациональной психотерапией [14]. В исследование, которое продолжалось с 2009 по 2013 г., было включено 46 женщин (средний возраст $47,04 \pm 5,27$ года). Активность заболевания по индексу DAS 28 была минимальной, его продолжительность составила от 6 мес. до 15 лет. На фоне базисной терапии РА метотрексатом учитывалась ежедневная индивидуальная доза нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) на протяжении последних 4 месяцев. Случайным образом все обследованные были разделены на две группы, сопоставимые по клиническим и социально-демографическим параметрам: основную (30 пациентов, которым на фоне продолжения медикаментозной терапии РА был проведен курс альфа-стимулирующего тренинга в сочетании с рациональной психотерапией) и контрольную (16 человек, получавших только стандартное медикаментозное лечение).

Динамика интенсивности суставной боли оценивалась по визуальной аналоговой шкале, степень активности РА – по индексу DAS 28, функциональная недостаточность – с помощью опросника HAQ [21]. Для оценки психологического статуса и стратегий совладания со стрессом (копинги) помимо клиничко-психологического интервью использовался тест Амирхана [22]. Курс состоял из 10 сеансов альфа-стимулирующего тренинга с использованием аппаратно-программного комплекса БОСЛАБ (НИИ молекулярной биологии и биофизики ФИЦ СОАН). Пациентам до начала сеанса нейробиоуправления по альфа-ритму ЭЭГ предлагалось постараться вызвать у себя состояние, ассоциирующееся со спокойным бодрствованием. Если добиться поставленной цели удавалось, кривая, отражающая тренд изменения амплитуды альфа-ритма в режиме реального времени, пересекала установленный порог, и пациентки слышали звук (сигнал). Чем дольше пациентки сохраняли состояние покоя, тем чаще становился сигнал обратной связи. Проведение сеанса альфа-стимулирующего нейробиоуправления состояло из следующих этапов: определение границ альфа-ритма ЭЭГ (проба открытых и закрытых глаз), мониторинг ЭЭГ при биполярном наложении электродов при монтаже F-4, O-2 d течение 1-й минуты, альфа-стимулирующее нейробиоуправление (20 мин), повторное мониторинг ЭЭГ, проба открытых и закрытых глаз.

Облегчение достижения пациентом цели тренинга достигалось при использовании врачом элементов психорелаксационной терапии, обязательным этапом была рациональная психотерапия, проводимая с целью формирования

правильного представления о болезни. Краткосрочное катаристическое исследование проводилось через месяц: выполнялось клиническое обследование на предмет степени активности РА, интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале и степени функциональной недостаточности (НАQ), психологическое тестирование по шкале Амирихана [22].

Результаты и их обсуждение

В ходе первого этапа исследования были выявлены основные личностные черты у женщин по результатам теста Мини-СМИЛ [22]: стремление подчеркнуть мужественность – 68 %, ипохондричность и повышенная тревожность – 63 %, эмоциональная незрелость – 58 %. У мужчин ведущие черты: ипохондричность – 71 %, эмоциональная незрелость – 57 %. По результатам ЛОБИ встречаемость типов отношения к болезни у женщин: эргопатический – 79 %, гармоничный – 37 %, неврастенический – 32 %; у мужчин: эргопатический – 57 %. Обнаружена значимая корреляционная взаимосвязь между длительностью заболевания у женщин и эргопатическим типом отношения к болезни, гармоничным типом отношения к болезни. Таким образом, женщин как с РА, так и с АС объединяет преобладание подчеркнутой мужественности и ипохондричности, мужчин – преобладание ипохондричности и отсутствие критики к своему состоянию. Понимание особенностей отношения к болезни у пациентов с суставным синдромом в зависимости от гендерной принадлежности позволяет выявить психотерапевтические мишени для коррекции психоэмоционального состояния пациентов, что дает возможность сформировать у пациентов правильное представление о болезни, сделать их отношение к проводимому лечению более конструктивным, научить «жить с болезнью», не игнорируя, но и не драматизируя ее.

Второй этап исследования позволил в исследуемой группе больных РА выявить проблемы внутрисемейных отношений, характеризующиеся стремлением больных к отчужденности, нежеланием понимать и решать данные проблемы, невозможностью самостоятельного решения возникших проблем и связанное с этим нарастающее чувство вины, компенсированным контролирующим влиянием на остальных членов семьи. Мужчины с РА не выделяют себя в качестве ключевой фигуры в семье, а женщины подчеркивают свое лидерство и зависимость от себя других членов семьи. Выявлена достоверная корреляционная связь между внутрисемейными проблемами и степенью активности РА. Зависимостей от дли-

тельности заболевания и уровня образования не обнаружено. Таким образом, в ходе данного исследования продемонстрирована высокая частота встречаемости внутрисемейных проблем у больных РА, показана их специфика. Была выявлена зависимость степени активности РА от напряженности внутрисемейных отношений. Обоснована необходимость участия психотерапевта, семейного психолога в программе комплексной реабилитации больных с РА.

По итогам третьего этапа исследования установлено, что приобретенный пациентками навык волевого контроля альфа-ритма позволил им контролировать интенсивность болевого синдрома и снизить потребность в приеме высоких доз НПВП. Подавление таких поведенческих проявлений, как беспомощность, безысходность, также можно отнести к позитивным результатам, достигнутым в ходе исследования. Эти наблюдения подтверждались данными психологического тестирования. Субъективная оценка боли по визуальной аналоговой шкале снизилась после курса тренинга в группе исследования с 50,5 до 16,0 балла, показатели шкалы социальной поддержки по тесту Амирихана – с 27,5 до 24,0 балла, индекс DAS 28 – на 0,8, показатели шкалы «Разрешение проблем» увеличились с 23,5 до 28,5 балла. У семи больных потребность в НПВП снизилась до ситуационных приемов разовых стандартных доз не более трех раз в 10 дней, а у 11 пациентов – до 1–2 раза в 10 дней.

Выводы

1. РА и АС имеют гендерные особенности по распространенности этих заболеваний. РА чаще встречается у женщин, АС – у мужчин. Психологический статус тоже зависит от пола.

2. Выявленные психологические, социальные проблемы у пациентов с РА и АС обосновывают междисциплинарный подход при ведении таких пациентов с участием и ревматолога, и психотерапевта.

3. Современные возможности психотерапии не требуют использования фармакологического лечения. Когнитивные и поведенческие техники направлены на развитие навыков управления, контроля над болью, снижение психологической зависимости от лекарств, усиление мотивации к достижению успеха.

Заключение

Представленные результаты пилотных исследований, касающихся психосоматических аспектов суставного синдрома при РА и АС, коррекции

болевого синдрома, можно рассматривать как «точки роста» для дальнейшего изучения роли психологических факторов в патогенезе, клинике и прогнозе заболеваний суставов с целью более активного внедрения полученных результатов в практическую деятельность ревматологов.

Список литературы / References

1. Dissanayake R.K., Bertouch J.V. Psychosocial interventions as adjunct therapy for patients with rheumatoid arthritis: a systematic review. *Int. J. Rheum. Dis.* 2010; 13 (4): 324–334. doi: 10.1111/j.1756-185X.2010.01563.x
2. Lindberg N.E., Lindberg E., Psychotherapy in rheumatoid arthritis – a parallel-process study of psychic state and course of rheumatic disease. *Rheumatology*. 1996; 55 (1): 28–39.
3. Кремлева О.В. Психотерапия в реабилитации больных ревматоидным артритом (с позиций биопсихосоциального подхода): автореф. дис. ... докт. мед. наук. СПб., 2007.
4. Astin J.A., Beckner W., Soeken K., Hochberg M.C., Berman B. Psychological interventions for rheumatoid arthritis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Rheum.* 2002; 47 (3): 291–302. doi: 10.1002/art.10416
5. Андрианова И.А., Амирджанова В.Н., Жорняк А.П., Кричевская О.А. Комплексная оценка качества жизни больных ревматоидным артритом (результаты I этапа многоцентрового исследования качества жизни при ревматоидном артрите). *Науч.-практ. ревматология*. 2006; 44 (2): 11–17.
6. Grekhov R.A., Suleymanova G.P., Kharchenko S.A., Adamovich E.I. Психофизиологические основы применения лечебного метода биологической обратной связи. *Вестн. ВолгГМУ. Сер. 11. Естеств. науки*. 2015; 3 (13): 87–95. doi: 10.15688/jvolsu11.2015.3.9
7. Grekhov R.A. Psychosomatic relationships and internal picture of disease in patients with rheumatoid arthritis: abstract of thesis ... doct. med. sciences. Volgograd, 2010.
8. Лисицина Т.А., Вельтищев Д.Ю., Герасимов А.Н., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б., Зелтан А.Е., Новиков А.А., Александров Е.Н., Таллеров А.Б., Коваленко Л.П., Дурнев А.Д., Краснов В.Н., Насонов Е.Л. Факторы, влияющие на восприятие боли при ревматоидном артрите. *Клин. медицина*. 2013; (3): 54–61.
9. Ревматология: клинические рекомендации. Ред. Е.Л. Насонов. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 708 с.
10. Grekhov R.A. Psychosomatic relationships and internal picture of disease in patients with rheumatoid arthritis: abstract of thesis ... doct. med. sciences. Volgograd, 2010. [In Russian].
11. Lisitsina T.A., Veltishev D.Yu., Gerasimov A.N., Seravina O.F., Kovalevskaya O.B., Zeltan A.E., Novikov A.A., Alexandrova E.N., Tallerov A.V., Kovalenko A.P., Durnev A.D., Krasnov V.N., Nasonov E.L. Perception of pain in rheumatoid arthritis: relation to inflammation to psychic disorders, functional status and quality of life. *Klinicheskaya medicina = Clinical Medicine*. 2013; (3): 54–61. [In Russian].
12. Ревматология: клинические рекомендации. Ред. Е.Л. Насонов. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 708 с.
13. Rheumatology: clinical guidelines. Ed. E.L. Nasonov. 2nd ed. Moscow: GEOTAR-Media, 2010. 708 p. [In Russian].
14. Bradley L.A. Psychosocial factors and disease outcomes in rheumatoid arthritis: old problems, new solutions and future agenda. *Arthritis Rheum.* 1989; 32: 1611–1614. doi: 10.1002/anr.1780321220
15. Савельева М.И. Ревматоидный артрит: психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Ярославль, 1995.
16. Savelieva M.I. Rheumatoid arthritis: psychosomatic relationship and internal picture of disease: abstract of thesis ... cand. psychol. sciences. Yaroslavl, 1995. [In Russian].
17. Sinclair V.G. Predictors of pain catastrophizing in women with rheumatoid arthritis. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 2001; 15 (6): 279–288. doi: 10.1053/apnu.2001.28686
18. Sharpe L. Psychosocial management of chronic pain in patients with rheumatoid arthritis: challenges and solutions. *J. Pain Res.* 2016; 9: 137–146. doi: 10.2147/JPR.S83653
19. Шабанова Н.А., Шубина О.С., Уколова Л.А., Тов Н.Л. Биоповеденческая терапия ревматоидного артрита. *Бюл. сиб. медицины*. 2013; (3): 135–140. doi: 10.20538/1682-0363-2013-2-135-140
20. Shabanova N.A., Shubina O.S., Ukolova L.A., Tov N.L. Biobehavioral therapy of rheumatoid arthritis. *Byulleten' sibirskoy meditsiny = Bulletin of Siberian Medicine*. 2013; (3): 135–140. [In Russian]. doi: 10.20538/1682-0363-2013-2-135-140

15. Коршунов Н.И., Курыгин А.Г., Речкина Е.В., Филатова Ю.С., Яльцева Н.В. Ревматоидный артрит как психосоматическое заболевание. *Науч.-практ. ревматология*. 2015; 53 (5): 469–471.
- Korshunov N.I., Kurygin A.G., Rechkina E.V., Filatova Yu.S., Yaltseva N.V. Rheumatoid arthritis as a psychosomatic disease. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2015; 53 (5): 469–471. doi: dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2015469-471
16. Крыжановская Н.С., Балабанова Р.М. Ревматоидный артрит в свете психологических проблем. *Терапевт. архив*. 2000; (5): 79–82.
- Kriganovsky N.S., Balabanova R.M. Rheumatoid arthritis in context of psychological problems. *Terapevticheskiy archive = Therapeutic Archive*. 2000; (5): 79–82. [In Russian].
17. Шубина О.С., Мельников М.Е., Веретельников И.А. Исследование частотных диапазонов альфа-ритма головного мозга у больных с хронической головной болью напряжения в курсе температурно-электромиографического биоуправления. *Бюл. сиб. медицины*. 2010 (2): 42–46.
- Shubina O.S., Melnikov M.Ye., Veretelnikov I.A. Investigation of alpha-wave frequency characteristics in the patients with chronic tension headache and its modification during electromyographic-temperature training. *Byulleten' sibirskoy meditsiny = Bulletin of Siberian Medicine*. 2010; (2): 42–46. [In Russian].
18. Эрдес Ш.Ф., Бочкова А.Г., Дубинина Т.В., Лапшина С.А., Мясоутова Л.И., Румянцева О.А., Салихов И.Г. Проект рабочей классификации анкилозирующего спондилита. *Науч.-практ. ревматология*. 2013; 51 (6): 604–608. doi: 10.14412/1995-4484-2013-604-8
- Erdes Sh.F., Bochkova A.G., Dubinina T.V., Lapshina S.A., Myasoutova L.I., Rumyantseva O.A., Salikhov I.G. Project of working classification of ankylosing spondylitis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2013; 51 (6): 604–608. [In Russian]. doi: 10.14412/1995-4484-2013-604-8
19. Aletaha D., Neogi T., Silman A.J., Funovits J., Felson D.T., Bingham C.O., Birnbaum N.S., Burmester G.R., Bykerk V.P., Cohen M.D., Combe B., Costenbader K.H., Dougados M., Emery P., Ferraccioli G., Hazes J.M.W., Hobbs K., Huizinga T.W.J., Kavanaugh A., Kay J., Kvien T.K., Laing T., Mease P., Ménard H.A., Moreland L.W., Naden R.L., Pincus T., Smolen J.S., Stanislawska-Biernat E., Symmons D., Tak P.P., Upchurch K.S., Vencovsky J., Wolfe F., Hawker G. Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann. Rheum. Dis*. 2010; 69: 1580–1588. doi: 10.1002/art.27584
20. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2009. 672 с.
- Eidemiller E.G., Justitskis V. Psychology and psychotherapy of family. Saint-Petersburg: Piter, 2009. 672 p.
21. Олюнин Ю.А. Оценка активности и эффективности терапии ревматоидного артрита. В кн. Международные индексы оценки активности, функционального статуса и качества жизни больных ревматическими заболеваниями. М.: Издательская группа Ассоциации ревматологов России, 2007; 3–12.
- Olyunin Yu.A. Evaluation of the activity and effectiveness of the treatment of rheumatoid arthritis. In: International indices for assessing the activity, functional status and quality of life of patients with rheumatic diseases. Moscow: Publishing group of Association of Russian rheumatologists, 2007; 3–12. [In Russian].
22. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. М.: Бахрах-М, 2011. 664 с.
- Raigorodskiy D.Ya. Practical Psychodiagnostic. Moscow: Bakhrakh-M, 2011. 664 p.

Сведения об авторах:

Ольга Сергеевна Шубина, к.м.н., e-mail: gnokb@oblmed.nsk.ru

Любовь Анатольевна Уколова, к.м.н., e-mail: gnokb@oblmed.nsk.ru

Лариса Александровна Богодерова, e-mail: bogoderova_okb@mail.ru

Наталья Александровна Шабанова, e-mail: gnokb@oblmed.nsk.ru

Information about the authors:

Olga S. Shubina, candidate of medical sciences, e-mail: gnokb@oblmed.nsk.ru

Lubov A. Ukolova, candidate of medical sciences, e-mail: gnokb@oblmed.nsk.ru

Larisa A. Bogoderova, e-mail: bogoderova_okb@mail.ru

Natalia A. Shabanova, e-mail: gnokb@oblmed.nsk.ru

Поступила в редакцию 01.10.2019

После доработки 02.12.2019

Принята к публикации 19.06.2020

Received 01.10.2019

Revision received 02.12.2019

Accepted 19.06.2020