

Е. А. Лас

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Выявлена неоднородность по личностным показателям внутри группы больных ревматоидным артритом. С помощью кластерного анализа выделены три подгруппы пациентов с ревматоидным артритом, значимо различающиеся между собой по ряду психологических параметров. Наблюдаются характерные отличия в отношении к болезни между подгруппами выборки. Типы отношения к болезни больных ревматоидным артритом детерминируются определёнными эмоционально-личностными предикторами, выявляемыми с помощью регрессионного анализа.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, отношение к болезни, личностные факторы.

E. Las

EMOTIONAL AND PERSONAL PREDICTORS OF THE ATTITUDE TO ILLNESS OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

A heterogeneity of personality parameters within a group of patients with rheumatoid arthritis has been identified. A cluster analysis differentiated 3 clusters within the group which have statistically significant differences. Peculiar differences are observed in the attitude to illness between the clusters. A regression analysis has been carried out to determine certain emotional and personality factors that predict different types of attitudes to illness.

Keywords: rheumatoid arthritis, attitude to illness, personality factors.

Ревматоидный артрит (РА) — наиболее распространенное тяжелое хроническое воспалительное заболевание суставов, постоянными симптомами которого являются мучительные боли, деформация, деструкция и нарушение функции пораженных суставов [1]. Непредсказуемость и изменчивость течения РА заставляет ревматологов признавать этиологию этого заболевания неизвестной или гипотетической [13].

Часто при оценке клинико-психологических последствий РА не учитываются личностные особенности человека, заболевания РА, хотя на протяжении многих десятилетий постулируются особые личностные черты этих пациентов, влияющие на течение болезни. Как отмечает Е. В. Речкина, жалобы пациентов и субъективное описание своего состояния становятся частью их анамнеза и клинической картины [7].

Поскольку известно, что РА течёт крайне индивидуально у разных пациентов, это также даёт основу предполагать, что течение болезни значимо подвержено влияниям со стороны психоэмоциональной сферы человека в болезни и представляет собой возможность для пациента проявить черты своего характера для совладания с болезнью.

Во многих работах личностные характеристики авторы рассматривают отдельно от отношения к болезни, не стремясь проследить взаимосвязи [4; 5], используя результаты психологических опросников как дополнительные штрихи к исследованию. Данное исследование направлено не только на то, чтобы изучить в отдельности эмоционально-личностные особенности больных РА и описать отношение пациентов к болезни, но проследить взаимозависимости характера пациента и способа его реагирования на болезнь, выявить эмоционально-личностные факторы, определяющие тип отношения пациента к болезни. Итак, цель нашей работы — выявление эмоционально-личностных предикторов отношения к болезни у пациентов с ревматоидным артритом.

Для эмпирического исследования использовались следующие психологические методики:

1. «Методика исследования темперамента и характера» — опросник TCI-125 [12] (адаптация А. Г. Ефремова): исследование темпераментальных и личностных особенностей пациентов.

2. «Пятифакторный опросник NEO-FFI» [14] (адаптация Бирюкова С. Д., Бодунова М. В.): исследование базовых личностных факторов.

3. «Методика оценки темперамента Akiskal H. S.» — опросник TEMPS-A [10] (адаптация Е. А. Лас): исследование темпераментальных характеристик и преморбидных особенностей пациентов.

4. «Психологическая диагностика индекса жизненного стиля Плутчика — Кел-

лермана — Конте» — опросник Life Style Index [15] (адаптация Л. И. Вассермана): исследование механизмов психологических защит.

5. Методика исследования агрессии Басса — Перри — опросник ВРАQ [11] (адаптация Ениколопова С. Н., Цибульского Н. П.): исследование агрессии.

6. Методика исследования самооценки Дембо — Рубинштейн [8] (С. Я. Рубинштейн): исследование самооценки по различным параметрам.

7. Методика «Психологическая диагностика отношения к болезни» — опросник ТОБОЛ [3]: диагностика типа отношения к болезни. С каждым пациентом проводилось клинико-психологическое интервью с целью уточнения специфики контакта пациентов, индивидуальных различий, отношения к болезни, характера социальных взаимоотношений, аффективной сферы и саморегуляции.

В клинико-психологическом исследовании приняли участие 57 больных РА, отобранных врачом-ревматологом на базе стационара артрологического отделения Клиники травматологии Университетской клинической больницы (УКБ) № 1 Первого МГМУ им. И. М. Сеченова (зав. отделением — Н. В. Петухова, набор ревматологического материала осуществляла врач-ревматолог А. К. Тарасова). Все пациенты были обследованы психиатром Д. Ф. Пушкарёвым и консультированы академиком РАМН, доктором медицинских наук А. Б. Смулевичем на медицинском консилиуме.

Выборку составили мужчины и женщины в возрасте от 27 до 80 лет; среди больных РА преобладали женщины (7 мужчин, 50 женщин): по данным литературы, при ревматоидном артрите соотношение женщин и мужчин оценивается как 3 : 1 [6]. Средний возраст манифестации для пациентов с РА составил $43,7 \pm 11,1$ лет, средняя продолжительность заболевания — $13,4 \pm 9,6$. Дебют заболевания — в возрасте не менее 25 лет; длительность течения за-

болевания — не менее двух лет. Пациенты имели подтвержденный диагноз: ревматоидный артрит.

Выявлена неоднородность по показателям эмоционально-личностной сферы внутри группы пациентов с РА с помощью ряда методик, направленных на исследование эмоционально-личностной сферы пациента: опросник TCI-125; опросник NEO-FFI; использовался также интегральный балл агрессии из опросника агрессии Басса — Перри и итоговый балл опросника Life Style Index под названием «Общая напряжённость защит» (ОНЗ). Проведён с помощью SPSS Statistics 17.0 иерархический кластерный анализ психометрических данных (и проверен с помощью дискриминантного анализа, согласно которому 97,6% наблюдений классифицированы верно). В результате кластерного анализа данных по перечисленным методикам и проверки результатов с помощью дискриминантного анализа определены три разнородные группы внутри группы пациентов с РА. Данные по группам представлены в таблице 1.

Возраст пациентов в выделенных кластерах значимо не различался. Поскольку количество пациентов в каждом из кластеров не превышает 30, для сравнения сред-

них использовалась непараметрическая статистика.

Кластер 1 составил 40,5% выборки и был назван «Стремящиеся к сотрудничеству». В первом кластере оказались пациенты, для которых характерны: очень низкий «Поиск новизны», «Избегание вреда» значительно ниже, чем в других кластерах, наиболее низкая из всех кластеров «Зависимость от вознаграждения», наиболее высокая «Самонаправленность» (выраженный интернальный локус контроля), наиболее высокое «Сотрудничество», наиболее высокая «Трансцендентность Я». Имеют место сравнительно с другими кластерами пациентов с РА низкий «Нейротизм», а по всем остальным шкалам модели, то есть «Экстраверсия», «Открытость опыту», «Согласие», «Добросовестность» наблюдается повышение в сравнении с двумя другими кластерами. В данном кластере ниже, чем в остальных, «Интегральный балл агрессии». По опыту общения с этими пациентами стоит отметить их хорошее сотрудничество с исследователями, обязательность в выполнении просьб, некоторые пациенты этой группы специально приходили на беседу после выписки, мотивируя желанием помочь молодым аспирантам.

Таблица 1

**Результаты кластерного анализа
эмоционально-личностных показателей пациентов с РА**

Кластер	Поиск новизны	Избегание вреда	Зависимость от вознаграждения	Настойчивость	Самонаправленность	Сотрудничество	Трансцендентность	Нейротизм	Экстраверсия	Открытость опыту	Согласие	Добросовестность	Интегральный балл агрессии	Общая напряжённость защит	Процент от выборки
1	5,76	7,29	8,00	2,53	18,76	20,29	7,88	27,71	40,18	42,35	47,00	48,47	42,00	26,92	40,5
2	7,21	13,50	9,07	2,79	15,14	20,21	7,00	33,21	33,57	37,86	42,71	39,21	60,57	30,51	33,3
3	8,36*	10,55	8,27	2,18	17,36	17,91	5,82	33,91	35,36	36,82	40,64	38,73	51,36	13,54	26,2

* Жирным шрифтом выделены значимые различия ($\alpha < 0,05$), выявленные с помощью непараметрического теста по критерию Вилкоксона.

Кластер 2 представляет 33,3% выборки и называется «Склонные к конфликту». Во второй кластер попадают испытуемые, имеющие наиболее высокое «Избегание вреда», наиболее высокую «Зависимость от вознаграждения», наиболее высокую «Настойчивость». Среди социальных факторов опросника TCI-125 в данном кластере наблюдается наименьшая «Самонаправленность» (то есть сюда попадает наибольшее количество людей с экстернальным локусом контроля). В сравнении с другими двумя кластерами у пациентов этой группы наиболее высокие «Интегральный балл агрессии» и «Общая напряжённость защит». Для пациентов этой группы было характерно своенравие, стремление манипулировать врачами, исследователями. Они давали согласие на участие, но затем жаловались на ухудшение состояния вследствие обременительного исследования, однако при этом не отказывались от участия.

В кластер 3 под названием «Избегающие социальных контактов» входит 26,2% выборки. Для больных из этого кластера характерна наиболее низкая «Настойчивость» в сравнении с другими двумя кластерами, более низкое «Сотрудничество», чем в ранее представленных кластерах, а «Трансцендентность Я» заметно ниже, чем в двух других кластерах. Для испытуемых данного кластера характерен наиболее высокий «Нейротизм», наиболее низкая из трёх кластеров «Открытость опыту», а также наиболее низкие показатели «Согласия» и «Добросовестности». «Общая напряжённость защит» крайне низкая. Пациенты данного кластера достаточно пассивны, не общаются с другими больными и стараются не слушать утомительных разговоров соседей по палате; не отказываются от исследования, но формальны в беседе, ответы — исключительно в плане заданного.

Следующим этапом исследования является поиск взаимосвязей между эмоцио-

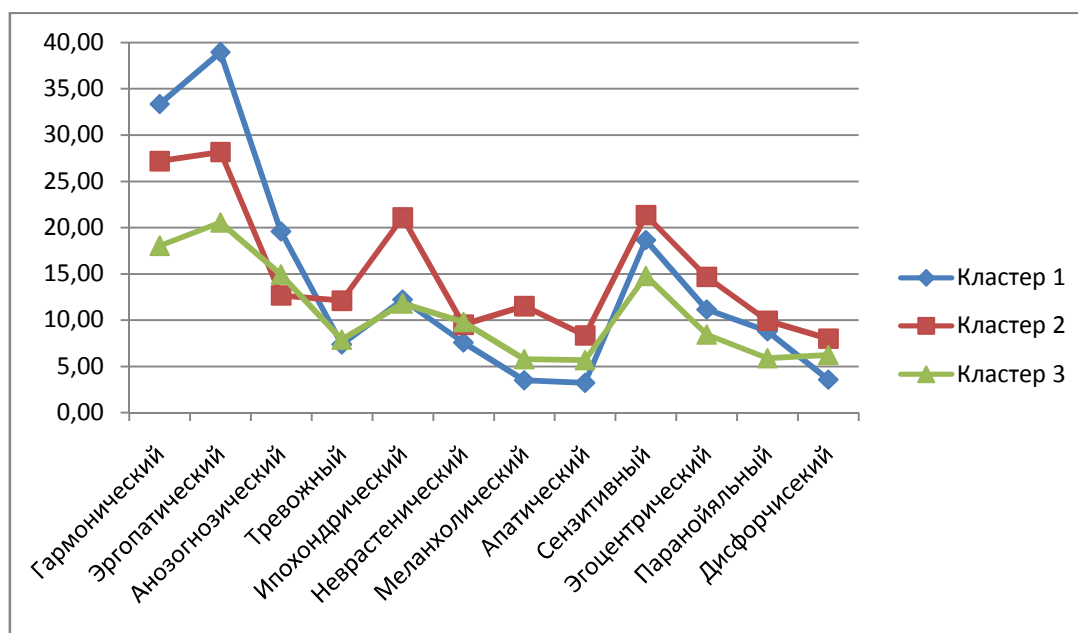
нально-личностными особенностями пациентов и их поведением в болезни, диагностируемым с помощью опросника ТОБОЛ. Были проанализированы показатели выраженности типов отношения к болезни по опроснику ТОБОЛ в различных кластерах. Типы отношения к болезни объединены в блоки: первый блок («гармонический», «эргопатический», «анозогнозический») — типы благоприятной адаптации в болезни, второй блок («тревожный», «ипохондрический», «неврастенический», «меланхолический», «апатический») — типы дезадаптации с интрапсихической направленностью конфликта, третий блок («сензитивный», «эгоцентрический», «паранойальный», «дисфорический») — типы дезадаптации с интерпсихической (коммуникационной) направленностью конфликта. То есть личностные особенности пациентов выступали независимыми переменными, а профиль, демонстрирующий тип отношения к болезни, принимался за зависимую переменную. В таблице 2 и на рисунке представлены усреднённые данные по трём кластерам.

У пациентов кластера «Стремящиеся к сотрудничеству» наиболее благоприятные показатели отношения к болезни. В значимо большей степени, чем в других кластерах, выражены типы первого блока, свидетельствующие о благоприятной адаптации пациентов к болезни. Высокие баллы первого блока сочетаются с наиболее низкими в сравнении с другими кластерами баллами по типам «Меланхолический», «Апатический», «Неврастенический», с достаточно низкими показателями по типам «Тревожный» и «Ипохондрический». В третьем блоке — блоке дезадаптивных типов с интерпсихической направленностью конфликта — наблюдается повышение по сензитивному типу, что отмечается и в других кластерах, и наиболее низкие показатели из всех трёх кластеров по типу «Дисфорический».

Усреднённые профили отношения к болезни в трёх кластерах

Кластер	Гармонический	Эргопатический	Анозогностический	Тревожный	Ипохондрический	Неврастенический	Меланхолический	Апатический	Сензитивный	Эгоцентрический	Паранойяльный	Дисфорический
1	33,36	38,93	19,57	7,36	12,21	7,57	3,50	3,21	18,64	11,14	8,79	3,57
2	27,17	28,17	12,67	12,08	21,08	9,50	11,50	8,33	21,33	14,67	9,92	8,00
3	18,00*	20,56	14,89	7,89	11,78	9,78	5,78	5,67	14,78	8,44	5,89	6,22

* Жирным шрифтом выделены значимые различия, выявленные с помощью непараметрического теста по критерию Вилкоксона.



Усреднённые профили отношения к болезни в трёх кластерах

Значительно отличается от двух других профиль пациентов кластера «Склонные к конфликту». В этом кластере достаточно низки показатели «Гармонического» и «Эргопатического» типов, «Анозогностический» тип выражен ниже, чем в других кластерах, так что нельзя сказать, что пациенты стараются не замечать своей болезни. Скорее, напротив, судя по значениям типов второго блока — блока дезадаптивных ти-

пов с интрапсихической направленностью конфликта, — виден отчётливый пик по ипохондрическому типу, что не характерно для двух других кластеров. А также наблюдаются наибольшие числовые значения по типам «тревожный», «меланхолический», «апатический» и всему третьему блоку.

Профиль кластера «Избегающие социальных контактов» во многом напоминает очертания первого кластера «Стремящиеся

к сотрудничеству», однако в этом кластере значимо более низкие показатели первого блока. Наряду с этим во втором блоке отмечаются более высокие значения в сравнении с кластером «Стремящиеся к сотрудничеству» по типам «меланхолический», «апатический», «неврастенический», а в третьем блоке — по типу «дисфорический». Кривая профиля для этого кластера имеет в целом практически самые низкие значения — ниже всего расположена, и это может говорить об общей стратегии пациентов не жаловаться, держать эмоции в себе, а также в целом мало рефлексировать по поводу своего состояния. Таким образом, в зависимости от личностных особенностей пациентов, мы наблюдаем характерные отличия между группами пациентов в их отношении к болезни.

Следующим шагом исследования было выяснение того, от каких факторов в большей степени зависит формирование различных типов отношения к болезни у пациентов с РА. Для этого использовалась компьютерная программа SPSS 17.0, был проведён регрессионный анализ и получены модели линейной регрессии для типов отношения к болезни по блокам.

Для типов первого блока определяющими показателями являются «Настойчи-

вость» из опросника ТСІ-125 ($\alpha = 0,023$) и параметр «Настроение» из методики самооценки по Дембо — Рубинштейн ($\alpha = 0,092$). Причём чем ниже «Настойчивость» и чем выше «Настроение», тем выше показатели типов первого блока. Фактор «Настойчивость» является достаточно сильным предиктором для типов первого блока, он также имеет обратную связь по отдельности с «Гармоническим» и «Эргопатическим» типом. Фактор «Настойчивость» в нашем исследовании имеет высокую корреляцию Пирсона с «Возбудимым темпераментом», выявленным с помощью TEMPS-A, коэффициент корреляции составляет 0,541 ($\alpha = 0,014$), а также «Дистимическим темпераментом» (коэффициент корреляции Пирсона равен 0,438, $\alpha = 0,05$). Фактор «Настойчивость» в случае с пациентами с РА может быть истолкован как высокое напряжение, излишнее рвение, приводящее к истощению, и выступать негативной характеристикой, которая обратно коррелирует с адаптивными типами отношения к болезни. Закономерно пациенты, которые в целом оценивают своё настроение в методике Дембо — Рубинштейн как бодрое, приподнятое, имеют больше ресурсов для формирования адаптивных типов отношения к болезни.

Таблица 3

Модели регрессии для типов отношения к болезни у пациентов с РА по блокам

Тип отношения к болезни	Процент описываемой дисперсии*	Модель линейной регрессии
Первый блок типов отношения к болезни	25,5	Блок 1 = $0,271 \times \text{Настроение} - 0,372 \times \text{Настойчивость} + 69,572$
Второй блок типов отношения к болезни	37,8	Блок 2 = $0,349 \times \text{Поиск новизны} + 0,408 \times \text{Избегание вреда} + 0,245 \times \text{ОНЗ} - 41,184$
Третий блок типов отношения к болезни	21,7	Блок 3 = $0,326 \times \text{Регрессия} + 0,288 \times \text{Отрицание} + 23,757^{**}$

* Процент испытуемых, отношение к болезни которых согласуется с моделью линейной регрессии.

** Для всех проанализированных типов отношения к болезни остатки (та часть дисперсии, которая не подчиняется выведенной модели регрессии) распределены нормально.

Для типов второго блока предикторами являются фактор «Поиск новизны» ($\alpha=0,011$) и фактор «Избегание вреда» из методики ТСИ-125 Клонинджера ($\alpha=0,004$), а также «Общая напряжённость защит» из методики Плутчика — Келлермана — Конте ($\alpha=0,071$). Причём чем выше обозначенные параметры, тем выше показатели типов второго блока. Вовлечение в типы второго блока факторов «Избегание вреда» и «Общей напряжённости защит» вполне очевидно, фактор «Поиск новизны» может быть связан с тем, что люди с высоким поиском новизны склонны чрезмерно драматизировать ситуацию, часто их действия не упорядочены и не имеют четко выраженной целенаправленности [9].

Для типов третьего блока предикторами выступают показатели выраженности психологических защит «регрессия» и «отрицание» ($\alpha<0,05$) из методики Плутчика — Келлермана — Конте. Причём чем выше указанные показатели, тем выше значения типов третьего блока. «Регрессия» и «отрицание» — формы незрелых защит: при отрицании информация, которая тревожит и может привести к конфликту, не воспринимается; регрессия являет собой импульсивность и слабость эмоционально-волевого контроля, свойственную психопатическим личностям [2]. Использование указанных защит, таким образом, отражается и в отношении к болезни.

Выводы

1. Исследуемая выборка больных РА не однородна по показателям эмоционально-личностной сферы. Выделены три подгруппы пациентов с РА, значимо различающиеся между собой по ряду психологических параметров: 1 — подгруппа «Стремящиеся к сотрудничеству»; 2 —

подгруппа «Склонные к конфликту»; 3 — подгруппа «Избегающие социальных контактов».

2. В зависимости от личностных особенностей пациентов разных подгрупп наблюдаются характерные отличия в отношении к болезни между подгруппами выборки. Пациенты подгруппы «Стремящиеся к сотрудничеству» имеют наиболее высокие значения по показателям блока адаптивных типов отношения к болезни. У больных РА из подгруппы «Склонные к конфликту» — самые высокие значения по блокам дезадаптивных типов отношения к болезни. Для пациентов подгруппы «Избегающие социальных контактов» характерны низкие значения в целом по всем типам отношения к болезни, что говорит о слабой способности к рефлексии по поводу своей болезни.

3. Типы отношения к болезни детерминируются определёнными эмоционально-личностными предикторами. Адаптивные типы отношения к болезни у пациентов с РА детерминируются низкой настойчивостью и высокой самооценкой по шкале «Настроение». Типы дезадаптации с интрапсихической направленностью конфликта определяются высоким избеганием вреда, высоким поиском новизны, а также высокой общей напряжённостью защит. Типы дезадаптации с интерпсихической направленностью конфликта детерминированы высокими значениями психологических защит «регрессия» и «отрицание». Это значит, что могут быть выявлены те эмоционально-личностные факторы, которые в перспективе должны стать мишенями психотерапевтической работы с пациентами для их адаптации к ситуации хронической болезни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андрианова И. А. Оценка функционального статуса и определение инвалидности при ревматоидном артрите / И. А. Андрианова, О. М. Фоломеева, Ш. Эрдес // Научно-практическая ревматология. 2007. № 2. С. 51–55.

-
2. *Вассерман Л. И., Ерышев О. Ф., Клубова Е. Б.* Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. СПб.: СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. 50 с.
 3. *Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я.* Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей. СПб., 2005.
 4. *Грехов Р. А.* Психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни у ревматологических пациентов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Волгоград, 2010. 40 с.
 5. *Крыжановская Н. С.* Особенности клинико-психологических взаимоотношений при ревматоидном артрите: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.: Московская государственная медицинская академия им. И. М. Сеченова, 2000. 24 с.
 6. *Лебедева Е. А.* Клинико-эпидемиологическая характеристика заболеваний суставов у городского населения: Дис. ... канд. мед. наук. Иваново, 2007. 185 с.
 7. *Речкина Е. В.* Больной ревматоидным артритом: оценка факторов медицинской и социальной поддержки: Дис. ... канд. мед. наук. Ярославль, 2006. 196 с.
 8. *Рубинштейн С. Я.* Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. М., 1970. 214 с.
 9. *Чуркин А. А., Мартюшов А. Н.* Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: Триада-Х, 2000. С. 90–97.
 10. *Akiskal H. S., Akiskal K. K., Radwan F. Haykal J., Sloan Manning, Pamela D. Connor.* TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis. Pisa, Paris and San Diego. Autoquestionnaire, 2004.
 11. *Buss A. H., Perry M.* The Aggression Questionnaire // *Journal of Personality and Social Psychology.* 1992. No 63. P. 452–459.
 12. *Cloninger C. R.* The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use. St Louis, 1994.
 13. *Lee D. M.* Rheumatoid arthritis // *Lancet.* 2001. Vol. 15. No 358 (9285). P. 903–911.
 14. *McCrae R. R., Costa P. T.* Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers // *Journal of Personality and Social Psychology.* 1987. No 52. P. 81–90.
 15. *Plutchik R., Kellerman H., Conte H. R.* A structural theory of ego defences and emotions, in C. E. Izard, *Emotions in Personality and Psychopathology.* New York: Plenum Press, 1979. P. 229–257.

REFERENCES

1. *Andrianova I. A.* Otsenka funktsional'nogo statusa i opredelenie invalidnosti pri revmatoidnom artrite / I. A. Andrianova, O. M. Folomeeva, Sh. Erdes // *Nauchno-prakticheskaja revmatologija.* 2007. № 2. S. 51–55.
2. *Vasserman L. I., Eryshv O. F., Klubova E. B.* Psihologicheskaja diagnostika indeksa zhiznennogo stila. SPb.: SPbNIPNI im. V. M. Behtereva, 2005. 50 s.
3. *Vasserman L. I., Iovlev B. V., Karpova E. B., Vuks A. Ja.* Psihologicheskaja diagnostika otnoshenija k bolezni: Posobie dlja vrachej. SPb., 2005.
4. *Grehov R. A.* Psihosomaticheskie sootnoshenija i vnutrennjaja kartina bolezni u revmatologicheskikh patientov: Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. Volgograd, 2010. 40 s.
5. *Kryzhanovskaja N. S.* Osobennosti kliniko-psihologicheskikh vzaimootnoshenij pri revmatoidnom artrite: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M.: Moskovskaja gosudarstvennaja meditsinskaja akademija im. I. M. Sechenova, 2000. 24 s.
6. *Lebedeva E. A.* Kliniko-epidemiologicheskaja harakteristika zabolevanij sustavov u gorodskogo nasele-nija: Dis. ... kand. med. nauk. Ivanovo, 2007. 185 s.
7. *Rechkina E. V.* Bol'noj revmatoidnym artritom: otsenka faktorov meditsinskoj i sotsial'noj podderzhki: Dis. ... kand. med. nauk. JAroslavl', 2006. 196 s.
8. *Rubinshtejn S. Ja.* Eksperimental'nye metodiki patopsihologii i opyt ih primenenija v klinike. M., 1970. 214 s.
9. *Churkin A. A., Martjushov A. N.* Kratkoe rukovodstvo po ispol'zovaniju MKB-10 v psihiatrii i narkologii. M.: Triada-X, 2000. S. 90–97.

-
10. *Akiskal H. S., Akiskal K. K., Radwan F. Haykal J., Sloan Manning, Pamela D. Connor.* TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis. Pisa, Paris and San Diego. Autoquestionnaire, 2004.
 11. *Buss A. H., Perry M.* The Aggression Questionnaire // *Journal of Personality and Social Psychology.* 1992. No 63. P. 452–459.
 12. *Cloninger C. R.* The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use. St Louis, 1994.
 13. *Lee D. M.* Rheumatoid arthritis // *Lancet.* 2001. Vol. 15. No 358 (9285). P. 903–911.
 14. *McCrae R. R., Costa P. T.* Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers // *Journal of Personality and Social Psychology.* 1987. No 52. P. 81–90.
 15. *Plutchik R., Kellerman H., Conte H. R.* A structural theory of ego defences and emotions, in C. E. Izard, *Emotions in Personality and Psychopathology.* New York: Plenum Press, 1979. P. 229–257.