

Е. В. Андреева

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ К БОЛЕЗНИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ДИНАМИКЕ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН

Представлены результаты психологического обследования пациенток с редкой и тяжелой формой патологии — легочной артериальной гипертензией (ЛАГ). Выявлены особенности эмоционального статуса и отношения к болезни у пациенток на разных этапах прогрессирования ЛАГ, описан критический этап в процессе адаптации к болезни.

Ключевые слова: *психологическая адаптация, личность, лёгочная артериальная гипертензия, отношение к болезни.*

E. Andreeva

Psychological Adaptation to the Disease in Clinical Dynamics of Pulmonary Arterial Hypertension among Women

The article presents the results of psychological assessment of female patients with a rare and severe pathology — pulmonary arterial hypertension (PAH). The characteristics of emotional state and attitude towards disease at different stages in PAH progression are revealed, the critical point in the disease adjustment process is described.

Keywords: *psychosocial adaptation, personality, pulmonary arterial hypertension, attitude towards disease.*

В современных условиях возросшие технологические возможности оказания медицинской помощи при серьезной (ранее летальной) соматической патологии определяют особую актуальность совершенствования мероприятий по обеспечению комплексной реабилитации и психологической адаптации болеющей личности. Примером подобной задачи является обоснование направлений психологического сопровождения больных с легочной артериальной гипертензией (ЛАГ). ЛАГ — редкое (распространенность — около 15 случаев на 1 млн человек) патофизиологическое состояние,

развитие которого связано с необратимым сужением средних и мелких сосудов легких, в результате которого в них повышается давление, нарушается насосная функция правых камер сердца, что приводит к правожелудочковой сердечной недостаточности и преждевременной смерти. У женщин риск развития ЛАГ примерно в 4 раза выше, чем у мужчин. Основные симптомы этого состояния — нарастающая одышка, быстрая утомляемость, головокружение, синкопальные состояния, неуклонное снижение толерантности к физическим нагрузкам. Продолжительность жизни при ЛАГ варьирует-

ся и определяется степенью гемодинамических нарушений, но в среднем без специфического лечения при идиопатической форме она составляет 2,8 года с момента установления диагноза [1].

С появлением специфических препаратов для лечения ЛАГ, а также трансплантации легких пациенты с данной патологией оказываются способны длительно поддерживать приемлемый уровень физической и социальной активности. Тем не менее зарубежные исследования свидетельствуют о значительном деструктивном влиянии ЛАГ на качество жизни и психическое здоровье пациентов [4–7]. В частности, у них отмечается существенное снижение удовлетворенности физическим и психическим состоянием; по данным разных исследований, распространенность психических расстройств (прежде всего депрессивного спектра) в этой клинической группе оценивается в диапазоне от 15 до 62%. Отмечается прямая зависимость между тяжестью состояния, с одной стороны, и риском психической дезадаптации — с другой.

Отечественные исследования, посвященные проблеме психологической адаптации пациентов с ЛАГ, единичны. Не изученным остается вопрос не только о риске ее нарушений, но и о специфике психологических трудностей пациентов на различных этапах в процессе прогрессирования заболевания. Соответствующие данные необходимы для разработки дифференцированного для подхода в психологическом сопровождении лечебного процесса, для повышения эффективности взаимодействия врачей и пациентов с данной патологией, для разработки принципов прогноза качества жизни больных, для предупреждения у них кризисных состояний и расширения адаптационных возможностей в условиях болезни.

Цель настоящего исследования — проследить динамику психологической адаптации к условиям болезни у пациенток с ЛАГ.

Исследование проводилось на базе НИО некоронарогенных заболеваний миокарда

«ФЦСКЭ им. А. И. Алмазова» с информированного согласия пациентов при участии врачей-кардиологов. На первом этапе врачами-кардиологами проводился осмотр пациентов. На втором этапе осуществлялось психологическое обследование, включавшее беседу, а также психодиагностические опросники: методику для диагностики типа отношения к болезни (ТОБОЛ) [3], «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) [2], «Шкалу самооценки депрессии» Зунга [8].

При математико-статистическом анализе использовались методы описательной статистики (частоты); методы выявления различий (U-критерий Манна — Уитни); методы выявления взаимосвязей (коэффициент корреляции r-Спирмена); критерий оценки нормальности распределения показателей Колмогорова — Смирнова. Данные обрабатывались с помощью программы SPSS Statistics 19.

Всего было обследовано 35 пациенток в возрасте от 22 до 69 лет (45,7% в возрасте до 40 лет, 54,3% — в возрасте 40 лет и старше). В группу не была включена одна выявленная в ходе медицинских обследований пациентка с первым (наиболее легким) функциональным классом ЛАГ. Данное обстоятельство отражает в целом позднюю выявляемость этого редкого состояния, преимущественно уже на стадии появления симптомов и функциональных ограничений. У восьми пациенток (22,9%) определен второй функциональный класс ЛАГ (умеренное ограничение физической активности), у 15 пациенток (42,9%) — третий функциональный класс ЛАГ (значительные ограничения физической активности), у 12 пациенток (34,3%) — четвертый функциональный класс ЛАГ (крайне выраженная непереносимость физических нагрузок).

Различий в функциональном статусе ЛАГ между возрастными подгруппами выявлено не было.

Во всей группе у 19 пациенток (54,3%) отмечено существенное ухудшение функционального статуса в сравнении с преды-

душим плановым осмотром около одного года назад (по результатам комплексной медико-инструментальной оценки).

Качество психологической адаптации оценивалось на основании наличия/отсутствия эмоциональных нарушений, а также специфики отношения к заболеванию.

Изучение психологической адаптации в динамике заболевания осуществлялось косвенно — на основании:

- сравнения психологического статуса пациенток разных функциональных классов, соотносящихся с последовательными этапами прогрессирования заболевания;

- сравнения психологического статуса пациенток каждого функционального класса со стабильным соматическим состоянием и с объективно зарегистрированным ухудшением по сравнению с предыдущим плановым медицинским обследованием.

Общая характеристика психологической адаптации пациенток

По шкале самооценки депрессии только у двух пациенток показатели превышали порог для определения риска депрессивного состояния (среднее значение по группе — $34,3 \pm 1,4$). Выраженная ситуативная тревога (по методике ИГТ) была установлена у 28,6%, личностная тревожность — более чем у половины обследованных (62,9%). Ведущими тенденциями в психическом статусе пациенток являлись общая слабость и повышенная утомляемость (высокие показатели по шкале астенического компонента актуального состояния отмечались у 57,1%, по шкале астении как типичного состояния — у 62,9%). Характерными переживаниями также являлись тревога и неуверенность перед будущим: повышенные показатели по шкале тревожной оценки перспективы зафиксированы у 48,6% — в ситуационном аспекте и у 54,3% — в личностном.

Различные варианты негативно-аффективных реакций на заболевание, преимущественно тревожного спектра, по результатам применения методики ТОБОЛ были выяв-

лены более чем у трети пациенток (12 чел. / 34,3%), в восьми случаях (22,9%) диагностирован гармоничный (адекватный) тип отношения к болезни, еще в восьми случаях (22,9%) — эргопатический тип, проявляющийся настойчивым стремлением сохранить высокую социальную активность, несмотря на болезнь, три пациентки (8,6%) недооценивали серьезность заболевания (анозогнозический тип), в четырех случаях (11,4%) выявлялись внутренне конфликтные тенденции в отношении к болезни.

Таким образом, у обследованных пациенток с ЛАГ более чем в трети случаев отчетливо повышен риск нарушения психической адаптации, обусловленный психотравмирующим характером ситуации болезни, связанным с функциональными ограничениями и витальной угрозой, а также соматогенными психическими изменениями по астеническому типу.

Качество психологической адаптации пациенток на разных этапах прогрессирования ЛАГ

При сопоставлении психологических характеристик пациенток с разными функциональными классами ЛАГ было установлено, что по сравнению с пациентками второго функционального класса (умеренные физические ограничения), пациентки третьего функционального класса (со значительными физическими ограничениями) характеризуются сниженным эмоциональным фоном (средние ранги по шкале депрессии Зунга 14,7 против 7,0 $U = 20,0$ $p = 0,01$), пессимистическим настроением и подавленностью в связи с заболеванием (средние ранги по меланхолическому компоненту отношения к болезни 14,3 против 7,6 $U = 25,0$ $p = 0,01$), ослаблением надежды на благоприятный исход и возрастающим безразличием к своей судьбе (средние ранги по апатическому компоненту отношения к болезни 13,9 против 8,5 $U = 32,0$ $p = 0,05$), на фоне повышенной утомляемости (средние ранги по шкале ситуационной астении 14,6 против 7,1 $U = 20,5$ $p = 0,009$), эмоциональ-

ной напряженности при проведении обследования (средние ранги по шкале ситуационной тревоги 14,2 против 7,9 $U = 27,5$ $p = 0,03$), постоянной обеспокоенности будущим (средние ранги по шкале тревожной оценки перспективы в личностном аспекте 14,2 против 7,9 $U = 27,5,0$ $p = 0,03$).

Основным отличием пациенток с наиболее тяжелой формой ЛАГ (четвертый функциональный класс — практически полная непереносимость физических нагрузок) от пациенток с выраженными физическими ограничениями (третий функциональный класс) является высокая степень слабости и утомляемости (средние показатели по шкале астенического компонента личностной тревожности 17,9 против 10,9 $U = 43,0$ $p = 0,02$), а также резкое снижение мотивации к продолжению «борьбы» с болезнью, нарастание апатических тенденций (средние ранги по апатическому компоненту отношения к болезни 18,7 против 10,3 $U = 33,5$ $p = 0,005$).

Результаты сравнения клинических подгрупп были подтверждены и дополнены данными корреляционного анализа. Было установлено, что возрастание степени физических ограничений (функциональный класс) связано со снижением эмоционального фона ($r = 0,37$; $p = 0,02$), с усилением ситуационной ($r = 0,38$; $p = 0,02$) и личностной тревожности ($r = 0,38$; $p = 0,02$), прежде всего за счет нарастания астенических явлений как в ситуационном ($r = 0,555$; $p = 0,0001$), так и в личностном ($r = 0,601$; $p = 0,0001$) аспектах. Кроме того, по мере утяжеления состояния у пациенток закономерно усиливаются ипохондрические ($r = 0,42$; $p = 0,01$), неврастенические ($r = 0,39$; $p = 0,02$), меланхолические ($r = 0,57$; $p = 0,0001$), апатические ($r = 0,66$; $p = 0,0001$), эгоцентрические ($r = 0,351$; $p = 0,04$) и дисфорические ($r = 0,40$; $p = 0,02$) тенденции.

Внутри групп второго и четвертого функционального классов ЛАГ достоверно значимых различий между психологическими характеристиками пациенток, у кото-

рых было отмечено ухудшение функционального статуса по сравнению с предыдущим осмотром, и теми, у которых оно не выявлено, в настоящем исследовании установлено не было. В то же время внутри группы третьего функционального класса (со значительными ограничениями физической активности) у пациенток с зафиксированным ухудшением состояния отмечались более высокие показатели по фобическому компоненту шкалы ситуационной тревоги (средние ранги 10,4 против 5,9, $U = 11,0$; $p = 0,04$), отражающие актуальное чувство неуверенности в себе, несостоятельности, ощущение неясной угрозы и другие «невротические» явления.

Таким образом, в исследуемой группе пациенток с ЛАГ ухудшение функционального статуса сопровождается нарастанием ощущения собственной несостоятельности и беспомощности перед лицом потенциальных трудностей и неопределенности жизненной перспективы.

В настоящем исследовании были проанализированы особенности эмоционального статуса и отношения к болезни (как наиболее значимых критериев психологической адаптации) у пациенток с редкой и весьма тяжелой формой патологии, сопряженной с необратимым снижением функциональных возможностей и отчетливой витальной угрозой.

В исследовании было выявлено несколько фактов, нуждающихся в дальнейшей верификации и в более глубоком изучении. Прежде всего, полученные данные не согласуются с выводами зарубежных исследователей о значительной представленности депрессивных нарушений у пациентов с ЛАГ [4; 5], хотя именно параметр депрессивности (сниженного эмоционального фона) оказался наиболее чувствительным к изменению функционального статуса пациенток. Риск нарушений психической адаптации у обследованных можно оценить приблизительно в 30%, однако более чем в половине случаев наблюдается отчетливая напряженность адаптационных механизмов, прояв-

ляющаяся неспецифическими тревожно-астеническими явлениями.

Установлено и согласуется с данными других авторов [4–7] возрастание риска нарушения адаптации с утяжелением соматического состояния, главным образом за счет резкой астенизации, а в личностно-психологическом плане — потери надежды на благоприятный исход и интереса к лечебному процессу, подавленности, пессимистичности, снижения мотивационного потенциала.

В динамике наиболее выраженный «сдвиг» в психологическом функционировании отмечается при переходе из второго функционального класса в более тяжелый — третий. В клинко-функциональном отношении такой переход означает, что у пациенток возникает непреодолимый барьер в выполнении ранее доступных действий. Если во втором функциональном классе «нормальная» (свойственная здоровым) физическая активность лишь сопровождается проявлением симптомов (одышка, слабость, головокружение), то переход в третий функциональный класс знаменуется возникновением отчетливых трудностей при уже минимальном физическом напряжении, а условно «нормальная» активность становится полностью недоступной даже при усилиях. Фактически переход из второго в третий функциональный класс означает потерю возможности даже «имитации» нормальной для здоровых физической активности, невозможность скрыть болезненность своего состояния, что, по-видимому, оказывается для пациенток существенным психотравмирующим обстоятельством.

Весьма показательно в связи с этим, что именно пациентками с третьим функциональным классом ЛАГ ухудшение состояния (по данным клинко-инструментальной

оценки) переживается особенно остро, сопровождается нарастанием чувства собственной бесполезности, несостоятельности, ощущением неясной угрозы.

Ни во втором, ни в четвертом функциональном классе подобных психологических реакций выявлено не было, что, по-видимому, объясняется относительной сохранностью функциональных возможностей во втором функциональном классе, а также отмеченным выше нарастанием апатических и депрессивных тенденций у пациенток с наиболее тяжелым соматическим состоянием.

Таким образом, переход в третий функциональный класс, а также ухудшение соматического статуса (на границе второго и третьего функциональных классов) может рассматриваться как критический этап в процессе психологической адаптации пациенток к болезни. Данное обстоятельство необходимо учитывать при разработке программ психологического сопровождения пациенток с ЛАГ в комплексном лечебно-реабилитационном процессе.

Подведем итоги нашего обследования. Болезнь определяет психотравмирующие условия жизнедеятельности женщин, страдающих ЛАГ. Несмотря на то, что большинство пациенток способны эффективно адаптироваться к ситуации болезни, с нарастанием тяжести заболевания возрастает риск нарушений психической адаптации, к тревожно-астеническим проявлениям присоединяются проявления депрессивного спектра. Критическим этапом в процессе адаптации является переход из второго функционального класса в третий — возникновение полной непереносимости физической активности, типичной для прежнего образа жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Батыралиев Т. А., Махмутходжаев С. А., Эсинси Э. и др. Легочная гипертензия и правожелудочковая недостаточность. Эпидемиология, факторы риска и патогенез первичной (идиопатической) легочной артериальной гипертензии // Кардиология. 2007. № 2. С. 44–54.

2. Бизюк А. П. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ) // Методические рекомендации / А. П. Бизюк, Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2003. 23 с.
3. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей. СПб.: изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. 32 с.
4. Löwe B., Gräfe K., Ufer C., Kroenke K., Grönig E., Herzog W. and Borst M. M. Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension // *Psychosom Med.* 2004. Vol. 66. № 6. P. 831–836.
5. McCollister D. H., Beutz M., McLaughlin V., Rumsfeld J., Masoudi F. A., Tripputi M., Yaeger T., Weintraub P., Badesch D. B. Depressive symptoms in pulmonary arterial hypertension: prevalence and association with functional status // *Psychosomatics.* 2010. Vol. 51. № 4. P. 339–339.
6. Taichman D. B., Shin J., Hud L., Archer-Chicko C., Kaplan S., Sager J. S., Gallop R., Christie J., Hansen-Flaschen J., Palevsky H. Health-related quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension // *Respir Res.* 2005. Vol. 6. № 1. P. 92. doi: 10.1186/1465-9921-6-92
7. White J., Hopkins R. O., Glissmeyer E. W., Kitterman N. and Elliott C. G. Cognitive, emotional, and quality of life outcomes in patients with pulmonary arterial hypertension // *Respir Res.* 2006. Vol. 7. № 1. P. 55. doi: 10.1186/1465-9921-7-55
8. Zung W. A self-rating depression scale // *Arch Gen Psychiatry.* 1965. Vol. 12. P. 63–70.

REFERENCES

1. Batyraliev T. A., Mahmudhodzhaev S. A., Esinsi E. i dr. Legochnaja gipertenzija i pravozheludochkovaja nedostatochnost'. Epidemiologija, faktory riska i patogenez pervichnoj (idiopaticheskoj) legochnoj arterial'noj gipertenzii // *Kardiologija.* 2007. № 2. S. 44–54.
2. Bizjuk A. P. Primenenie integrativnogo testa trevozhnosti (ITT). Metodicheskie rekomendatsii / A. P. Bizjuk, L. I. Vasserman, B. V. Iovlev. SPb.: Izd-vo NIPNI im. V. M. Behtereva, 2003. 23 s.
3. Vasserman L. I., Iovlev B. V., Karpova E. B., Vuks A. A. Psihologicheskaja diagnostika otnoshenija k bolezni: Posobie dlja vrachej. SPb.: Izd-vo NIPNI im. V. M. Behtereva, 2005. 32 s.
4. Löwe B., Gräfe K., Ufer C., Kroenke K., Grönig E., Herzog W. and Borst M. M. Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension // *Psychosom Med.* 2004. Vol. 66. № 6. P. 831–836.
5. McCollister D. H., Beutz M., McLaughlin V., Rumsfeld J., Masoudi F. A., Tripputi M., Yaeger T., Weintraub P., Badesch D. B. Depressive symptoms in pulmonary arterial hypertension: prevalence and association with functional status // *Psychosomatics.* 2010. Vol. 51. № 4. P. 339–339.
6. Taichman D. B., Shin J., Hud L., Archer-Chicko C., Kaplan S., Sager J. S., Gallop R., Christie J., Hansen-Flaschen J., Palevsky H. Health-related quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension // *Respir Res.* 2005. Vol. 6. № 1. P. 92. Doi: 10.1186/1465-9921-6-92
7. White J., Hopkins R. O., Glissmeyer E. W., Kitterman N. and Elliott C. G. Cognitive, emotional, and quality of life outcomes in patients with pulmonary arterial hypertension // *Respir Res.* 2006. Vol. 7. № 1. P. 55. doi: 10.1186/1465-9921-7-55
8. Zung W. A self-rating depression scale // *Arch Gen Psychiatry.* 1965. Vol. 12. P. 63–70.

Е. Д. Афанасьева

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ РАЗВИТИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Всемирной организацией здравоохранения (2005) ВИЧ-инфекция определяется как хроническое заболевание, требующее лечения. Стремительное развитие медицины позволило существенно увеличить продолжительность и улучшить качество жизни детей, инфицированных ВИЧ. При этом стигматизирующее отношение общества к заболеванию продолжает определять переживания взрослых, воспитывающих ВИЧ-инфицированных детей. Подобная ригидность представлений определяет специфику социаль-