

# ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

И. Л. Месникова

Минский государственный медицинский институт

В последние десятилетия много внимания уделяется проблеме качества жизни (КЖ) пациентов с разнообразной патологией. Понятие “качество жизни” все шире используется в научно-исследовательской работе при определении эффективности различных методов лечения и реабилитации хронических заболеваний [1, 4, 9, 14, 15, 16, 17].

Экспертами ВОЗ разработаны такие основополагающие критерии КЖ, как физические, психологические, уровень независимости, жизнь в обществе, окружающая среда, духовность. При оценке КЖ важно учитывать весь широкий спектр предлагаемых критериев. Однако, в соответствии с конкретно поставленными задачами, могут исследоваться и определенные аспекты КЖ с помощью стандартизированных опросников, как общего, так и специализированного профиля [3, 10, 12, 17].

До настоящего времени в Беларуси данная область исследования не получила широкого распространения при изучении такого тяжелого хронического заболевания суставов, рано инвалидизирующего больных трудоспособного возраста, как ревматоидный артрит (РА). Хотя имеются данные, свидетельствующие о снижении КЖ у больных РА, ведется поиск корреляционных взаимосвязей основных компонентов КЖ с разнообразными факторами [7].

Поскольку одним из критериев КЖ является психологическое благополучие пациентов целесообразно исследовать психоэмоциональную сферу и личностные особенности больных РА. Многочисленные исследования в этой области показали, что психопатологические изменения личности оказывают отрицательное влияние на течение заболевания, эффективность лечения и реабилитации больных РА [2, 5, 6, 8, 11, 13].

Целью настоящего исследования является изучение влияния различных изменений в психоэмоциональной сфере на показатели КЖ больных РА на поликлиническом этапе реабилитации.

## **Материал и методы исследования**

Обследовано 90 больных определенным РА (76 женщин и 14 мужчин) на базе нескольких поликлиник г. Минска в возрасте от 16 до 78 лет.

Средний возраст составил  $53,4 \pm 3,68$  года, средняя длительность заболевания --  $9,07 \pm 4,99$  лет. Преимущественно суставная форма РА диагностирована у 45 пациентов, сочетание РА с остеоартрозом – у 32, сочетание с системными проявлениями – у 13. Выявлены: I степень активности процесса у 34 больных, II – у 43, III – у 10, ремиссия – у 3. Зарегистрированы: функциональная недостаточность суставов (ФНС) 0 степени – у 11 пациентов, I – у 33, II – у 42, III -- у 4; I R-стадия (по Штернброкеру) – у 12 больных, II – у 41, III -- у 31, IV -- у 6. Серопозитивный РА диагностирован у 50 пациентов, серонегативный – у 40. Контрольная группа представлена 30 практически здоровыми людьми, сопоставимыми по полу и возрасту.

Для исследования КЖ больных РА использовался общий опросник The RAND 36-Item Health Survey (Version 1,0), разработанный в Американском центре изучения медицинских результатов (MOS) докторами Naays R. D., Shapiro C. D., Stewart A.L. et al. в 1992 году. Опросник включает 36 вопросов, подразделенных на 8 концепций здоровья (шкал):

1. PF – физическое функционирование (степень ограничения выполнения различных физических нагрузок).
2. RP – ролевые ограничения, обусловленные проблемами физического здоровья (влияние физического состояния на выполнение работы или повседневной деятельности).
3. RE -- ролевые ограничения, обусловленные личными или эмоциональными проблемами (влияние эмоционального состояния на выполнение работы или повседневной деятельности).
4. EF – энергичность/усталость (ощущение прилива жизненных сил и энергии или усталости и бессилия).
5. EW – эмоциональное самочувствие (наличие изменений в психоэмоциональной сфере).
6. SF – социальное функционирование (степень ограничения социальной активности).
7. BP – телесная боль (интенсивность боли и ее влияние на занятие повседневной деятельностью и работой).
8. GH – общее восприятие здоровья (оценка пациентом своего общего состояния здоровья и перспектив на будущее).
9. HC – сравнение самочувствия с предыдущим годом.

Оценка производится в баллах, более высокий балл соответствует лучшему состоянию здоровья.

С целью изучения психологического статуса (психоэмоционального состояния и личностных особенностей больных РА, а также степени их адаптированности) применялся сокращенный вариант методики многостороннего исследования личности (СМОЛ). Тест основан на трех оценочных шкалах (L – шкала “лжи”, F -- шкала достоверности, К – шкала коррекции) и десяти основных клинических шкалах (1 – шкала сверхконтроля, 2 – шкала депрессии, 3 – шкала эмоциональной лабильности, 4 – шкала импульсивности, 5 – шкала женственности-мужественности, 6 – шкала ригидности, 7 – шкала тревожности, 8 – шкала индивидуалистичности, 9 – шкала оптимистичности, 0 – шкала интроверсии).

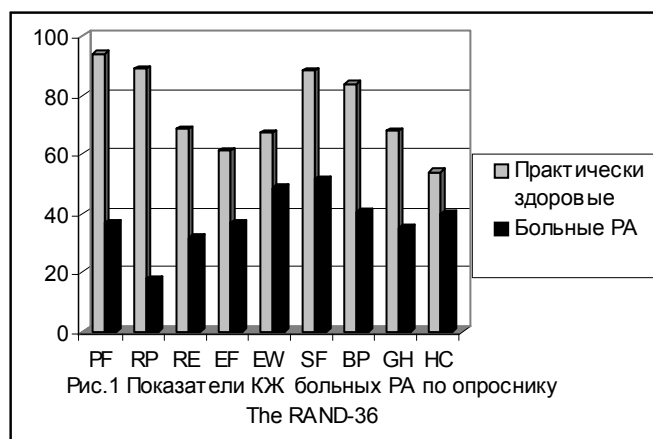
Оценка полученных данных производится в T-баллах, нормативный разброс находится в пределах 30 и 70 T баллов.

Для оценки уровня ситуационной и личностной тревожности использовался тест Спилбергера-Ханина, уровня выраженности депрессии – шкала депрессии Гамильтона, алекситимии – Торонтская алекситимическая шкала (TAS).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ Statgraphics for WINDOWS с использованием параметрических критериев (метод Стьюдента).

### Результаты исследования и их обсуждение

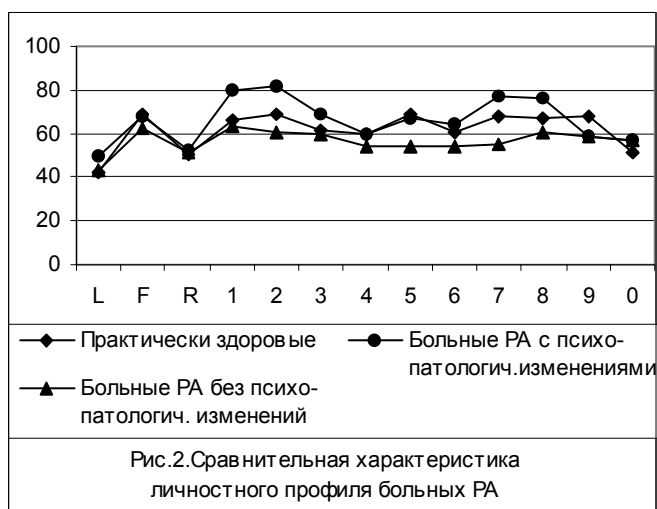
При анализе КЖ больных РА (рис.1.) выявлено достоверное снижение его уровня в сравнении со здоровыми лицами (условная норма) практически по всем шкалам опросника The RAND 36-Item Health Survey в 2 - 3 раза: PF, RP, EF, EW, SF, BP, GH (P < 0,001).



Менее значимые различия приходились на критерий RE (P < 0,01) в результате некоторого снижения в контрольной группе показателей, обу-

словленных изменениями в психоэмоциональной сфере вследствие различных причин, не связанных с проблемами здоровья (потеря близких, конфликты в семье и на работе, материальные затруднения и др.). Не было выявлено достоверных различий при сравнении самочувствия с предыдущим годом, хотя, в отличие от контрольной группы, у больных РА имеется тенденция к ухудшению состояния здоровья.

Учитывая значительное снижение показателей КЖ, касающихся психоэмоциональной сферы (RE, EF, EW, GH) у больных РА и менее выраженное – в контрольной группе, проведено изучение их личностных характеристик и степени адаптированности с помощью теста СМОЛ (рис.2.).



У 92 % больных РА выявлено повышение личностного профиля (более 70 Т-баллов) по 2, 1, 7, 8 шкалам (два двойных пика), что указывает на существующие личностные психопатологические изменения (гипостенический тип реагирования, неврастенические, тревожно-депрессивные, тревожно-фобические расстройства, ипохондрические тенденции с соматизацией тревоги, формирование неврастенического и психастенического вариантов дезадаптации). Уровень Т-баллов у этих пациентов по вышеуказанным шкалам достоверно выше ( $P < 0,01$ ;  $P < 0,001$ ), а по 9 шкале достоверно ниже ( $P < 0,05$ ), чем в контрольной группе.

У 8 % больных РА личностный профиль находился в пределах нормативного разброса (менее 70 Т-баллов), что указывает на отсутствие психопатологических изменений и нарушений адаптационных возможностей организма, однако повышение уровня самоконтроля со сдерживанием поведенческих реакций и потребности самореализации (пики по 1,8 и 9 шкалам) может привести к перенапряжению и соматизации внутреннего конфликта. Усредненный личностный профиль контрольной группы с пиками

по 2, 5, 7, 8, 9 шкалам также не превышает 70 T-баллов и свидетельствует об отсутствии психической дезадаптации, смешанном типе реагирования, сочетании стеничных и гипостеничных черт, что также может привести к внутреннему конфликту и перенапряжению.

Таблица

Сравнительная характеристика показателей КЖ больных РА с различным психоэмоциональным состоянием поданным опросника The RAND (M ± m)

Группы обследования	Показатели								
	P F	R P	R E	E F	E W	S F	B P	G H	H C
Больные РА с психопатологическими изменениями (1)	3 6, 7 ± 6, 6	1 8, 3 ± 1 3, 1	3 0, 9 ± 1 2, 9	3 6, 7 ± 5, 3	4 7, 9 ± 5, 2	5 0, 9 ± 6, 9	4 0 , 5 ± 4 , 8	3 5 , 1 ± 6 , 3	4 0 , 1 ± 9 , 1
Больные РА без психопатологических изменений (2)	7 6, 7 ± 1, 7* **	7 5, 0 ± 9, 8* **	7 7, 8 ± 8, 6* **	4 0, 0 ± 2, 7	6 4, 0 ± 1, 7* *	5 8, 3 ± 3, 7	8 5 , 8 ± 3 , 5 * * *	4 5 , 0 ± 2 , 9	5 8 , 3 ± 7 , 4
Больные РА с депрессией (3)	3 1, 3 ± 5, 9	7, 8 ± 1, 2	1 8, 7 ± 1 2, 5	3 3, 8 ± 3, 9	4 5, 3 ± 3, 2	4 4, 1 ± 5, 4	3 4 , 5 ± 4 , 4	2 5 , 6 ± 6 , 1	3 1 , 3 ± 9 , 9
Больные РА без депрессии (4)	4 7,	3 3,	4 9,	4 4,	5 7,	6 5,	4 8	4 6	5 3

	1 ± 6, 3	3 ± 1 3, 2	9 ± 1 2, 6	6 ± 5, 4	0 ± 4, 7*	1 ± 4, 4 **	, 0 ± 5 , 1 *	, 3 ± 4 , 7 *	, 1 ± 8 , 3
Больные с высоким уровнем тревожности (5)	3 1, 8 ± 7, 2	1 7, 1 ± 1 4, 3	2 6, 3 ± 1 5, 7	3 2, 4 ± 5, 5	5 0, 0 ± 4, 1	5 4, 5 ± 4, 3	4 0 , 0 ± 4 , 2	3 2 , 6 ± 7 , 9	3 6 , 8 ± 7 , 9
Больные с низким и умеренным уровнем тревожности (6)	6 8, 7 ± 2, 9* **	5 6, 3 ± 8, 2*	7 4, 9 ± 7, 3*	5 6, 3 ± 5, 3* **	6 0, 0 ± 3, 3	6 5, 6 ± 2, 9 *	5 4 , 4 ± 2 , 7 * *	5 5 , 0 ± 3 , 2 *	7 5 , 0 ± 8 , 0 * * *
Алекситимичные больные РА (7)	3 9, 7 ± 7, 7	2 2, 3 ± 1 4, 0	3 5, 5 ± 1 2, 9	3 6, 1 ± 5, 8	4 8, 4 ± 5, 9	4 9, 1 ± 6, 7	4 2 , 8 ± 7 , 1	3 3 , 6 ± 6 , 1	3 8 , 4 ± 1 0 , 1
Неалекситимичные больные РА (8)	4 0, 0 ± 3, 7	1 7, 5 ± 1 5, 9	1 6, 7 ± 1 5, 9	3 4, 5 ± 2, 6	4 5, 7 ± 4, 6	5 0, 0 ± 7, 7	4 1 , 5 ± 7	3 4 , 5 ± 7	5 7 , 5 ± 7

							2 , 8	4 , 3	9 , 7
Практически здо- ровые (9)	9 3, 9 ± 1, 4* **	8 8, 9 ± 4, 9* **	6 8, 5 ± 7, 2* *	6 1, 1 ± 2, 5* **	6 7, 1 ± 2, 8* **	8 8, 2 ± 2, 5 ** *	8 3 , 9 ± 4 , 9 * * *	6 7 , 8 ± 4 , 1 * * *	5 4 , 2 ± 4 , 1 * * 1

Примечание: \* --  $P < 0,05$ ; \*\* --  $P < 0,01$ ; \*\*\* --  $P < 0,001$  (достоверность различий показателей КЖ в группах: 1 - 2; 3 - 4; 5 - 6; 7 - 8; 1 - 9).

Сравнительный анализ показателей КЖ больных РА с психопатологическими изменениями, выявленными с помощью СМОЛ, и пациентов с личностным профилем, не превышающем 70 Т-баллов, позволил выявить некоторые различия (табл.). У больных с состоянием внутренней дисгармонии и психической дезадаптацией достоверно ниже ( $P < 0,001, P < 0,01$ ) показатели КЖ, характеризующие не только психоэмоциональное, но и физическое состояние. Значительно снижены показатели физической активности и ролевых ограничений, обусловленных проблемами физического здоровья, что существенно мешает выполнению различных физических нагрузок, повседневной деятельности и работы (PF, RP). Как и предполагалось, более чем в 2 раза снижены показатели КЖ, связанные с психоэмоциональной сферой: ролевые ограничения, обусловленные эмоциональными и личностными проблемами, эмоциональное самочувствие (RE, EW). Значительно ниже и показатель телесной боли (BP), что указывает на более выраженный болевой синдром у лиц с психопатологическими изменениями ( $P < 0,001$ ). По остальным показателям достоверных различий выявлено не было.

При сравнении показателей КЖ больных РА с повышенным личностным профилем СМОЛ и контрольной группы отмечены достоверные различия по всем критериям опросника The RAND ( $P < 0,001; P < 0,01$ ), за исключением шкалы сравнения самочувствия с предыдущим годом (HC) (табл.). У пациентов без психопатологических изменений по сравнению с контрольной группой достоверных различий не выявлено по следующим

шкалам: RF, RP, RE, BP, HC. По остальным шкалам различия достоверны ( $P < 0,001$ ;  $P < 0,01$ ).

Тестирование по методике Спилбергера-Ханина выявило 77,7 % больных РА с высоким (более 45 баллов) уровнем личностной (ЛТ) и ситуативной (СТ) тревожности, 22,3 % -- с низким и умеренным уровнем тревожности. В среднем ЛТ составила  $45,0 \pm 2,62$  баллов, СТ –  $51,71 \pm 3,27$  баллов.

Анализируя показатели КЖ больных РА с высоким уровнем тревожности (ЛТ и СТ) и пациентов с умеренным и низким уровнем тревожности (табл.), отмечены достоверные различия ( $P < 0,05$ ;  $P < 0,01$ ;  $P < 0,001$ ) по всем шкалам, за исключением шкалы эмоционального самочувствия ( $P < 0,1$ ). Это указывает на отрицательное влияние высокого уровня тревожности практически на все показатели КЖ.

Оценка выраженности депрессивных расстройств по шкале Гамильтона показала, что среди пациентов с повышенным уровнем депрессии (48,5 %) преобладала легкая степень (16 - 17 баллов для лиц молодого и среднего возраста, 18 - 20 баллов для лиц пожилого и старческого возраста), в т.ч. у 9 % больных РА депрессия достигала уровня психотической (свыше 22 баллов). У 51,5 % пациентов депрессия отсутствовала. Средний балл по шкале Гамильтона составил  $16,04 \pm 3,04$  баллов.

Анализ показателей КЖ показал достоверное снижение их по шкалам EW, SF, EF, BP, GH у больных РА с депрессией по сравнению с пациентами без депрессивных расстройств (табл.). Это указывает на отрицательное влияние депрессии на эмоциональное самочувствие пациентов, их социальную активность, общее восприятие здоровья, болевой синдром, ограничение работы и повседневной деятельности вследствие эмоционального состояния.

Тестирование с помощью TAS выявило 27,8 % алекситимичных больных РА (более 74 баллов по TAS) и 27,8 % неалекситимиков (менее 62 баллов). Средний балл составил  $69,17 \pm 3,15$  баллов. Вопреки ожиданиям не зарегистрировано достоверных различий в показателях КЖ между двумя вышеуказанными группами больных (табл.), хотя в обеих группах показатели по всем критериям опросника The RAND были достаточно низкими, что требует дальнейшего изучения алекситимии и ее влияния на КЖ.

### **Выводы:**



1. Уровень качества жизни больных РА достоверно ниже по сравнению с группой практически здоровых лиц.

2. Изменения в психоэмоциональной сфере и личностные особенности больных РА (тревожно-фобические, тревожно-депрессивные, ипохондрические расстройства, психастенический и неврастенический варианты дезадаптации) оказывают существенное отрицательное влияние на их качество жизни.

3. Коррекция психопатологических изменений у больных РА может привести к повышению уровня качества жизни.

### **Литература.**

1. Бредер В.В. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 1999. -- № 3. – С.48-52.

2. Голубев С.А., Милый М.Н. // Медицинские новости. – 2000. -- № 2. – С.23-27.

3. Кобалава Ж.Д., Школьников Е.Э., Моисеев В.С. // Кардиология. – 1999. -- № 10. – С.27-31.

4. Коршунов Н.И. //Ревматология. – 1988. -- № 2. – С.16-21.

5. Кочюнас Р., Гуобис Г. //Ревматология. – 1983. -- № 1. – С.60-67.

6. Месникова И.Л., Зюзенков М.В. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: Сб.ст. / Под ред. В.Б. Смычка. – Мн., 1999. – С.205-212.

7. Месникова И.Л., Зюзенков М.В. // Медицинские новости. – 2000. -- № 9. – С.57-60.

8. Сенкевич Н.Ю., Амелина Е.Л. // Пульмонология. – 1999. -- № 3. – С.51-57.

9. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С., Чучалин А.Г. // Пульмонология. – 1997. -- № 3. – С.18-22.

10.Сорока Н.Ф. //Ревматология. – 1991. -- № 3. – С.15-17.

11.Сыркин А.Л., Печорина Е.А., Дриницина С.В. // Клиническая медицина. – 1998. -- № 6. – С.52-58.

12.Уланова Е.А. // Фундаментальные и прикладные вопросы медицины и фармации: Тез.докл. 54-й науч.сессии ин-та. – Витебск, 1999. – С.165.

13.Anderson R.T., Aaronson N.K., Wilkin D. // Quality of Life Research. — 1993. —Vol. 2. — P. 360 - 395.

14.Ganz P. // Drug Safety. – 1999. – Vol.5. – P.233-242.

15.Hays R.D., Shapiro M.F. // Quality of Life Research. — 1992 — Vol. 1. — P. 91 - 97.

16.Hays R.D., Sherbourne C.D., Mazel R.M. // Health Economics — 1993. — Vol. 2. — P. 217 - 227.

17.McHorney C.A., Ware J.E., et al. // Medical Care. —1998. —Vol. 32. — P.40 - 66.

Опубликовано: Здравоохранение. -- 2002. -- № 3. – С.12-15.