

УДК 616.832—004.2—039.36—02

*А.А.Скоромец, Л.Г.Заславский***ТРЕВОЖНОСТЬ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ СКОРОСТЬ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА***Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Ленинградская областная клиническая больница*

Реферат. Представлены результаты психологического обследования 61 больного с установленным по критериям Poser рассеянным склерозом. У большинства определен достоверно повышенный уровень как личностной, так и реактивной тревожности по сравнению с контрольной группой здоровых и группой больных с другой неврологической патологией. Установлено, что у больных рассеянным склерозом с высокой личностной (врожденной) тревожностью заболевание протекает более злокачественно. Сделан вывод о целесообразности проведения психологического тестирования больных рассеянным склерозом при дебюте для вероятной оценки дальнейшего течения заболевания и выработки более индивидуальной лечебной тактики.

*А.А.Скоромец, Л.Г.Заславский***ТЫНЫЧСЫЗЛААНУ ТАРКАУ СКЛЕРОЗНЫҢ КӨЧӨҮ ТИЗЛЕГЕН БИЛГЕЛӨҮЧЕ ФАКТОРЛАРНЫҢ БЕРСЕ**

Таркау склероз Poser критерияләре нигезендә расланган 61 авыруның психологик тикшеренүләре нәтижәләре китерелә. Аларның күпчелегендә контроль группага кертелгән сәламәт һәм башка төрле неврологик тайпылышлар күзәтелгән авырулар белән чагыштырганда тынычсызлану дәрәжәсенә югары булуы ышанычлы мәгълүматларга нигезләнеп билгеләнде. Тумыштан килгән шөхәскә бәйле тынычсызланулары көчле булган таркау склерозлы авыруларда аның аеруча авыр узуы күзәтелә. Чирнең алга таба агышын билгеләү һәм индивидуаль довалау юлларын әзерләү өчен таркау склерозлы авыруларга, чир башланган та психологик тестлар үткөрүнең муафыйклыгы турындагы нәтижәләре ясала.

*A.A.Skorometz, L.G.Zaslavsky***ANXIETY AS ONE OF THE FACTORS DETERMINING THE RATE OF MULTIPLE SCLEROSIS PROGRESSING**

Results of psychologic examination of 61 patient with multiple sclerosis diagnosed by Poser criteria are described. In most part of patients an increased level of both egocentric and reactive anxiety in comparison with findings of control group of healthy subjects and group of patients with some other neurologic pathology is with certainty determined. It is found that multiple sclerosis in patients with intense egocentric (congenital) anxiety is taking more malignant course. It is concluded that conducting psychologic testing of multiple sclerosis patients on the early stage for probable assessment of the further course of the disease and working out of more individual tactics of treatment is expedient.

Проблема диагностики и лечения рассеянного склероза (РС) является весьма актуальной. По данным ВОЗ, всего в мире насчитывается 2,5 млн. больных РС (0,043% населения); число новых случаев — 105 тыс.; число случаев длительной инвалидизации — 750 тыс. [14]. Заболеваемость РС продолжает расти.

Наиболее обоснованной считается гипотеза мультифакторной этиологии РС. Она предполагает одновременное участие нескольких внешних и наследственных факторов, индивидуальное сочетание которых может обуславливать своеобразие патогенеза и клинического течения заболевания [4, 5, 6, 9, 24]. Давно замечено, что болезнь проявляется у каждого пациента индивидуально и степень злокачественности может существенно различаться от неуклонно прогрессирующего течения до развития десятилетних ремиссий [13, 16].

К числу основных факторов, провоцирующих дебют и обострения РС (как, впрочем, и других психосоматических и аутоиммунных заболеваний), относится эмоциональный стресс [29]. Имеется значительное число исследований, показывающих непосредственное регулирующее влияние нервной системы на иммунную [10, 11]. Психологический стресс может усиливать клеточные иммунные ответы, которые потенциально вредны для больных РС [19].

К настоящему времени кроме отдельных публикаций, связанных в основном с проблемой развития при РС депрессии [7, 26, 28] и тревоги [21, 22], нет работ, предметом которых является тревожность при этом заболевании — фактор, манифестируемый конституциональной и социально обусловленной предрасположенностью пациента воспринимать широкий круг ситуаций как угрожающие и реагировать на них состоянием тревоги. В литературе вообще отсутствуют указания на зависимость течения заболевания от личностных характерологических особенностей пациента.

Задачами данного исследования были определение распространенности и выраженности тревожности у больных РС, установление возможной зависимости возраста дебюта от наличия аффективных нарушений и их изменения в процессе заболевания, а также сравнение вариантов течения болезни при различной степени тревожности.

В настоящее время существуют многочисленные компьютерные психодиагностические программы, позволяющие довольно быстро оценить различные аспекты психического статуса обследуемого [3]. Мы использовали три — шкалу состояния тревоги и личностной тревожности Спилбергера—Ханина, шкалу уровня невротической астении УНА и самооценочную шкалу депрессии Зунга.

Методика для дифференцированной оценки тревожности как состояния и как свойства личности (State Trait Anxiety Inventory — STAI) разработана С.Д. Spielberger в 1972 г. В нашей стране шкала адаптирована Ю.Л. Ханиным в 1978 г. В основе методики лежит предложенное автором разграничение двух параметров этого состояния — реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности. РТ — тревожность как преходящее эмоциональное состояние характеризуется наличием субъективно неприятных переживаний, напряженности, беспокойства, озабоченности, нервозности, сопровождающееся активацией вегетативной нервной системы. Эта эмоциональная реакция на стресс может быть различной интенсивности, динамичной и изменчивой во времени. ЛТ, по представлению автора методики, является относительно устойчивой, во многом конституционально обусловленной индивидуальной характеристикой, облегчающей возникновение реакций тревоги. При этом предрасположенность человека к тревожности рассматривается как склонность воспринимать достаточно широкий круг ситуаций как угрожающие и реагировать на них состоянием тревоги различной интенсивности, не всегда соответствующей объективной опасности [17, 27].

Самооценочная шкала депрессии, предназначенная для оценки выраженности депрессивных состояний различного генеза, была разработана W. Zung [31]. Эта шкала широко используется в психиатрической клинике и при пограничных нервно-психических расстройствах, в том числе депрессивных нарушениях при различных соматических заболеваниях.

Шкала уровня невротической астении разработана в лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева в 1997 г. и предназначена для количественной оценки выраженности невротической астении.

С использованием указанных методик был обследован 61 больной РС в возрасте от 18 до 56 лет ($32,7 \pm 1,0$). Мужчин было 13, женщин — 48. У всех диагноз РС был клинически достоверным по критериям С.М. Poser [25] и верифицирован МРТ головного и/или спинного мозга. У больных был неврологический дефицит в минимальной и умеренной степени проявлений деменции — показатель нарушения функций по шкале EDSS (Expanded Disability Status Scale) [23] составил в среднем $3,3 \pm 0,2$ балла. В качестве контроля взяты 15 здоровых лиц от 23 до 64 лет (мужчин — 3, женщин — 12) и 20 больных с различной неврологической патологией (спондилогенные заболевания нервной системы, спиноцеребеллярные дегенерации, аномалии краниовертебрального стыка) от 19 до 60 лет ($36,1 \pm 2,7$).

Скорость прогрессирования (СП) заболевания использовали для оценки быстроты нарастания инвалидизации. Ее рассчитывали путем деления показателя степени инвалидизации в баллах (EDSS) на длительность болезни в годах. Дополнительно рассчитывали индекс обострений (ИО), составляющий частное от деления числа обострений на годы болезни.

У всех больных РС была выявлена повышенная ЛТ, причем в большинстве случаев (65,6%) она носила выраженный характер. В процентном отношении лица обоего пола были подвержены врожденной тревожности в равной степени. В то же время высокая РТ определялась у женщин почти в 2 раза чаще, что свидетельствует о большей обеспокоенности женщин с РС по поводу своего состояния (табл. 1).

Проведенные расчеты (табл. 2) убедительно показывают, что у больных с РС ЛТ достоверно выше (как устойчивая врожденная характеристика личности), чем у здоровых лиц и у больных контрольной группы с другой неврологической патологией. В то же время при исследовании РТ (то есть реакции на неблагоприятную ситуацию) выяснилось, что уровень этого фактора был повышен как у больных РС, так и у пациентов с другой неврологической патологией (достоверного различия между группами

Таблица 1

Показатели тревожности у больных РС

Тревога (баллы)	Характеристика состояния	Всего больных		Мужчины		Женщины	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Личностная							
20—30	низкая тревожность	2	3,3	0	0	2	4,2
31—45	умеренная тревожность	19	31,1	5	38,5	14	29,2
> 46	высокая тревожность	40	65,6	8	61,5	32	66,6
Реактивная							
20—30	низкая тревожность	4	6,6	1	7,7	3	6,3
31—45	умеренная тревожность	27	44,3	8	61,5	19	39,5
> 46	высокая тревожность	30	49,1	4	30,8	26	54,2

Таблица 2

Сравнение показателей (в баллах) психологического тестирования у больных РС и в контрольных группах

Группы обследованных	РТ	ЛТ	Невротическая астенция	Депрессия
Больные РС	45,6±1,2 P ₁ <0,001 P ₂ >0,3	50,4±1,6 P ₁ <0,01 P ₂ <0,01	58,0±11,3 P ₁ <0,001 P ₂ <0,05	49,0±3,0 P ₁ =0,002 P ₂ <0,05
Контроль 1 (здоровые)	37,9±1,2 P ₃ >0,1	42,3±2,3 P ₃ >0,6	10,2±4,7 P ₃ <0,02	41,2±1,7 P ₃ >0,04
Контроль 2 (больные)	42,9±2,7	43,7±1,8	33,3±9,1	43,9±1,9

P₁ — сравнение с контролем 1, P₂ — с контролем 2, P₃ — контроля 1 с контролем 2.

не получено), что вполне закономерно, так как люди обычно беспокоятся по поводу своего заболевания. При сравнении двух групп больных с группой здоровых было получено достоверное повышение средних значений по этой шкале.

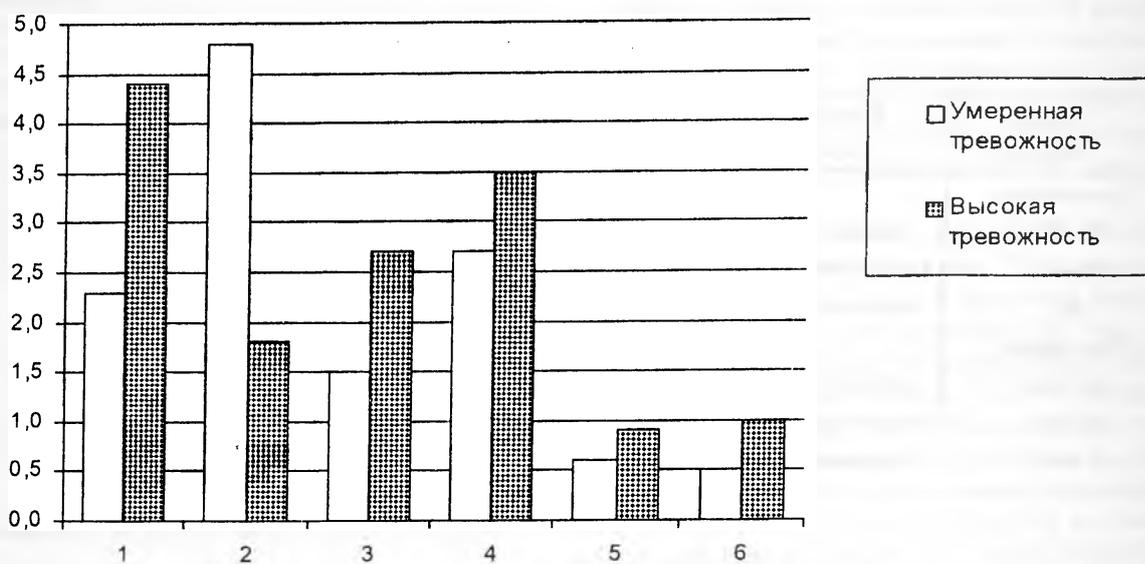
По шкале невротической астении показатели у больных с РС были значительно и достоверно выше, чем в обеих контрольных группах, а также этот показатель у больных контрольной группы достоверно превышал таковой у здоровых.

По шкале депрессии показатели у больных РС были значительно и достоверно выше, чем в обеих контрольных группах. При сравнении же обеих контрольных групп (больных с различной неврологической патологией и здоровых) разница оказалась недостоверной.

Для определения влияния выраженности ЛТ на динамику заболевания больные РС были разделены на 2 группы: 1-я — с умеренной тревожностью (19 чел.), 2-я — с высокой тревожностью (40 чел.). Обе группы

не различались по длительности болезни (7,1±0,2 и 7,3±0,9 года; P>0,05).

При анализе данных было установлено, что у больных с высокой ЛТ заболевание протекало более злокачественно. Так, средняя длительность первой ремиссии у них была в 2 раза меньше, среднее число обострений — в 2 раза больше (всего и в первые 3 и 5 лет заболевания), значительно превосходили СП, ИО и среднюю величину баллов по EDSS (см. рис.). Следует подчеркнуть, что речь идет о врожденном характерологическом состоянии, а не о реактивной тревоге, которая, естественно, может быть выше у тяжело болеющих. Возраст же дебюта заболевания существенно не зависел от выраженности ЛТ. Чтобы подтвердить это, мы провели расчеты отдельно в группе больных с дебютом (10 чел.). В итоге у 5 больных с умеренной ЛТ средний возраст заболевания составил 26,3±2,2 года, а при выраженной ЛТ — несколько ниже (23,2±2,7), но разница оказалась статистически недостоверной (P>0,05).



1 — число обострений; 2 — длительность первой ремиссии; 3 — число обострений за первые 3 года болезни; 4 — EDSS; 5 — скорость прогрессирования; 6 — индекс прогрессирования

Сравнительная динамика заболевания у больных РС с высокой и умеренной личностной тревожностью

Чтобы оценить, как меняются психологические характеристики в процессе болезни, больные были разделены на 2 группы: болеющие до 10 лет и болеющие более 10 лет. У длительно болеющих средние величины РТ и ЛТ, а также депрессии были несколько выше, но разница оказалась недостоверной. Выраженность же невротической астении у длительно болеющих была существенно (в 1,5 раза) и статистически достоверно выше, чем у болеющих меньше 10 лет.

Таким образом, полученные данные подтверждают наличие аффективных (тревожных и депрессивных) расстройств в клинике РС. Возраст дебюта заболевания не зависит от выраженности личностной тревожности, но злокачественность течения, то есть частота обострений и степень нарастания неврологического дефицита, находятся в прямой зависимости, как продемонстрировали наши исследования, от этого характерологического показателя. В то же время полученные данные показывают, что у больных РС в большей степени, чем у здоровых и больных с другой неврологической патологией, выражен невротический способ реагирования на стресс, что отразилось в повышении баллов по шкале невротической астении. При этом по мере длительности заболевания астенические проявления существенно нарастали, и это вполне закономерно, поскольку длительно существующая неудовлетворенность актуальной жизненной ситуацией приводит к формированию невротических, неврозоподобных расстройств.

Как известно, возникающие при различных соматических заболеваниях тревожные состояния, как правило, включающие компонент депрессии, могут осложнять и затягивать физическое расстройство и вызывать вторичные соматовегетативные реакции, утяжеляющие течение основного соматического заболевания [15]. В этой связи зависимость более злокачественного течения РС от выраженности тревожных расстройств нам представляется вполне закономерной. Ведь роль психологического стресса, инициирующего дебют и обострения РС, хорошо известна [29]. У тревожных личностей толерантность к психологическому стрессу снижена, что, по нашему мнению, наряду с другими факторами способствует поддержанию патогенетических механизмов РС в числе прочего и за счет существующей [12] перманентной активации вегетативной нервной системы, влияние которой на иммунную систему доказано [2].

Вероятно, далеко не случайным совпадением следует считать двукратное повышение заболеваемости РС среди женщин по сравнению с мужчинами, если учесть, что такое же соотношение наблюдается в популяции при анализе тревожных расстройств вообще [20]. Закономерно и то, что средний возраст развития РС примерно совпадает со средним возрастом появления агорафобии, который, по данным Андреева А.М. и Иванова С.В. [1], составляет $29,3 \pm 1,1$ года.

Естественно, что не только личностными характерологическими чертами опреде-

ляется индивидуальное течение РС. Дорониным Б.М [7] было показано, что раннее начало заболевания, тяжесть течения, быстрая декомпенсация при позднем начале болезни находятся в прямо пропорциональной зависимости от морфофункциональных показателей организма и соматотипа. Определенное значение имеют генетические, климатические факторы, сопутствующая соматическая патология, характер питания, поражение преимущественно определенных нервных структур и т.д. [6].

Таким образом, на течение РС наряду с биологическими факторами влияют преморбидные психологические особенности больных. Исходя из полученных данных, нам представляется целесообразным при дебюте заболевания, а также в процессе лечения проводить психологическое тестирование больных как для прогнозирования течения процесса, так и для определения динамики психопатологических нарушений.

Отсюда актуально проведение психотерапевтической коррекции больным РС с использованием всех возможных методов — фармакотерапии, рациональной психотерапии, медитации и аутогенной тренировки, психорелаксационных методов, в том числе биологической обратной связи и др.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев А.М., Иванов С.В. //Журн. невропатол. и психиатр.—1999.— Т.99.— № 9.—С.16—22.
2. Бархатова В.П., Завалишин И.А., Хайдаров Б.Т. //Журн. невропатол. и психиатр.—1998.—Т. 98.— № 11.—С.51—54.
3. Вассерман Л.И., Дюк Б.А., Иовлев Б.В., Червинская К.Р. Психологическая диагностика и новые информационные технологии.—СПб., 1997.
4. Головкин В.И. Рассеянный склероз в практике военного невропатолога.—СПб., 1991.
5. Гусев Е.И., Демина Т.Л., Бойко А.Н. Рассеянный склероз.—М., 1997.
6. Гусев Е.И., Бойко А.Н., Демина Т.Л. и др. //Журн. невропатол. и психиатр.—1999.— № 6.— С.47—52.
7. Доронин Б.М. Морфофункциональные показатели организма и соматотип в устойчивости к действию фенотетических факторов развития демиелинизирующих процессов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.—Новосибирск, 1994.
8. Еременко С.И., Карнаух В.Н. Возможности учета личностных особенностей больных рассеянным склерозом в процессе реабилитации //Ма-

териалы к республиканскому рабочему совещанию “Вопросы диагностики и лечения демиелинизирующих заболеваний нервной системы”.—Ступино, 1999.—С.134—136.

9. Зинченко А.П. Этиологические и патогенетические варианты рассеянного склероза и рассеянного энцефаломиелита: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.—Л., 1969.

10. Корнева Е.А. О взаимодействии нервной и иммунной систем //Иммунофизиология /Под ред. Е.А.Корневой.—Л., 1993.

11. Крыжановский Г.Н., Магаева С.В., Макаров С.В. Нейроиммунопатология.—М., 1997.

12. Купершмидт Л.А. Соотношение вегетативных и двигательных нарушений при рассеянном склерозе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—М., 1993.

13. Майда Е. Справочник по рассеянному склерозу для больных и близких: пер. с нем.—М.: АО “Интерэксперт”, 1999.

14. Масштаб неврологических и психиатрических проблем в последнем десятилетии XX века и тенденции их будущего развития в свете статистическо-эпидемиологических данных ВОЗ //Журн. невропатол. и психиатр.—1999.—№ 9.—С.46.

15. Недуева А.А. //Совр. психиатр.—1998.— № 2.—С.32—34.

16. Панов А.Г., Зинченко А.П. Диагностика рассеянного склероза и энцефаломиелита.—Л., 1970.

17. Ханин Ю.Л. //Вопросы психологии.—1978.— № 6.—С.94—106.

18. Хондариан О.А., Завалишин И.Л., Невская О.М. Рассеянный склероз.—М., 1997.

19. Ackerman K.D., Martino M., Heyman R. et al. //Psychosom. Med.—1998.—Vol. 60.—P.484—491.

20. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association.—1994 (DSM-IV).

21. Diaz-Olavarrieta C., Cummings J.L., Velazquez J., Garcia de la Cadena C. //J. Neurops. Clin. Neur.—1999.—Vol. 11.—P.51—57.

22. Fassbender K., Schmidt R., Mossner R. et al. //Arch. Neurol.—1998.—Vol. 55.—P.66—72.

23. Kurtzke J.F. //Neurology.—1965.—Vol. 15.—P.654—661.

24. McDonald W.I. //J. Neuropath. Exp. Neurol.—1994.—Vol. 53.—P.319—334.

25. Poser C.M., Paty D.W. et al. //Ann. Neurol.—1983.—Vol. 13.—P.227—231.

26. Schiffer R.B. //Arch. Neurol.—1987.—Vol. 44.—P.596.

27. Spielberger C.D. (Ed) Anxiety: Current Trends in Theory and Research.—N.-Y.—1972.—Vol. 2.

28. Sullivan M.J., Weinschenker B., Mikail S. et al. //Can. J. Sci.—1995.—Vol. 22.—P.228—231.

29. Warren S., Greenhill S., Warren K.G. //J. Chron. Dis.—1982.—Vol. 35.—P.821—831.

30. Zung W.K. //Arch. Gen. Psychiat.—1965.—Vol. 12.—P.63—70.

