



Любченко М.Ю., Бибекова Ж.Б., Шустеров Ю.А., Ступина Т.А., Антонович М.Ю.,
Базяк Ю.И., Чеканов Д.М., Заровный К.В. ✉
Медицинский университет Караганды, Караганда, Казахстан

Роль психосоциальных факторов в прогрессировании первичной открытоугольной глаукомы

Конфликт интересов: не заявлен. Это исследование не получало какого-либо конкретного гранта от финансирующих агентств в государственном, коммерческом или некоммерческом секторах.

Вклад авторов: все авторы участвовали в планировании, определении целей и задач исследования, осуществляли подбор и анализ литературных данных, отбор, анкетирование больных, работу с первичной медицинской документацией. Выводы основаны на результатах собственного исследования.

Подана: 14.02.2022

Принята: 10.05.2022

Контакты: Zarovnyy@qmu.kz

Резюме

Цель. Оценить влияние психосоциальных факторов на прогрессирование первичной открытоугольной глаукомы.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезни пациентов, психодиагностическое тестирование и статистический анализ. Были изучены параметры ситуационной и личностной тревожности, семейной напряженности и депрессивных симптомов у пациентов со стабилизированным и нестабилизированным течением первичной открытоугольной глаукомы.

Результаты и выводы. Результаты работы показали, что в условиях прогрессирующего течения заболевания представлен повышенный уровень общей семейной тревожности, более высокий уровень личностной и ситуационной тревожности по сравнению с пациентами со стабилизированным течением глаукомы. Уровень депрессивных симптомов у пациентов с нестабилизированным течением глаукомы значительно превышает уровень депрессивных симптомов у пациентов со стабилизированным течением заболевания.

Ключевые слова: глаукома, психосоматические расстройства, психосоциальные факторы, личностная тревожность, депрессия, семейная тревожность



Lyubchenko M., Bibekova Zh., Shusterov Yu., Stupina T., Antonovich M., Bazyak Yu.,
Chekanov D., Zarovnyy K. ✉
Karaganda Medical University, Karaganda, Kazakhstan

The Impact of Psychosocial Factors in the Primary Open-Angle Glaucoma Progression

Conflict of interest: nothing to declare. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial or non-profit sectors.

Authors' contribution: all authors participated in planning, defining the goals and objectives of the study, carried out the selection and analysis of literature data, selection, questioning of patients, and work with primary medical documentation. The conclusions are based on the results of our own research.

Submitted: 14.02.2022

Accepted: 10.05.2022

Contacts: Zarovnyy@qmu.kz

Abstract

Purpose. To assess the impact of psychosocial factors on the progression of primary open-angle glaucoma.

Materials and methods. Analysis of past medical history of patients, psychodiagnostics test and statistical analysis. The parameters of situational and personal anxiety, family tension and depressive symptoms in patients with a stabilized and unsterilized course of primary open-angle glaucoma were studied.

Results and conclusions. The results of the work showed that in terms of progressive course of disease an increased level of general family anxiety, a higher level of personal and situational anxiety in comparison with patients with a stabilized course of the glaucomatous process are presented. The level of depressive symptoms in patients with an unsterilized course of glaucoma significantly exceeds the level of depressive symptoms in patients with a stabilized course of the disease.

Keywords: glaucoma, psychosomatic disorders, psychosocial factors, personal anxiety, depression, family anxiety

■ ВВЕДЕНИЕ

Первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) занимает значительное место в структуре глазных болезней, является одной из основных причин слепоты, слабо-видения, инвалидности по зрению [1], что обуславливает поиск новых подходов к профилактике и лечению этого заболевания. Ежегодно регистрируется около 10 000 новых случаев заболевания в мире. Существуют факторы риска, влияющие на возникновение и прогрессирование глаукомного процесса. В развитии этиопатогенетических механизмов глаукомного процесса, помимо биологических и биохимических нарушений, большую роль могут играть психогенные факторы [2, 3]. Многочисленными исследованиями доказано влияние психосоматических взаимодействий на развитие и прогрессирование целого ряда соматических заболеваний, таких как бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка

и двенадцатиперстной кишки [4, 5]. Однако выявление роли психосоматических механизмов в прогрессировании офтальмологических заболеваний остается малоизученным. В этой связи большой интерес представляет изучение психосоматических взаимодействий в развитии ПОУГ. Целостная парадигма описания человека основана на убеждении, что физическое тело и психологическая, социальная и духовная реальность – единое целое, а в развитии значительного числа заболеваний особая роль принадлежит психологическим и социальным факторам. Понимание неразрывного единства биологического, психического, социального и духовного – это психосоматический метод изучения и эффективного лечения пациентов, концепция современной биосоциальной, психосоматической медицины [6–8].

Внезапно возникшая стрессовая ситуация, а также длительно сохраняющиеся психотравмирующие обстоятельства вызывают дезорганизующую тревогу, существенно снижающую адаптационные возможности индивидуума. Провоцирующий тревогу внутренний конфликт, вызванный «ситуациями искушения и запрещения», усиливается психологическими травмами, перенесенными в детстве. Вследствие этого сознание может оказаться в зависимости от инфантильных и вытесненных инстинктивных побуждений. Решение психологического конфликта возможно на бессознательном уровне за счет работы психологических защит. Однако при недостаточности деятельности психологически защитных механизмов «открывается дорога» более грубым структурно и функционально физическим и биологическим факторам. С личностью человека тесно связано, приведут ли психологические конфликтные переживания к конструктивно-творческим состояниям или получают заряд пускового фактора болезни [9, 10].

На состояние здоровья человека оказывают значительное влияние социальные, в частности микросоциальные, факторы. Различные группы микросоциума способны играть как саногенную, так и патогенную роль в отношении здоровья человека. Особое значение в ряду психосоциальных факторов принадлежит семье, в которой проходит значительная часть жизни подавляющего большинства людей. В функциональных семьях удовлетворяются потребности в защищенности и безопасности, принятии и одобрении, росте и изменениях, что способствует развитию адаптивности, гибкости и стрессоустойчивости ее членов. В дисфункциональных семьях при несбалансированных типах семейных структур высок риск коммуникативных нарушений (от невозможности устанавливать близкие отношения до эмоциональной созависимости, ригидности в принятии решений или хаотичности выборов), что отражается на социальном приспособлении и возникновении различных психических или психосоматических симптомов [11, 12].

Депрессивные расстройства, сопутствующие соматическим заболеваниям, могут усугублять течение этих заболеваний. Симптоматические депрессии могут быть представлены в классическом варианте и носить маскированный характер. Депрессивные расстройства не проходят сами собой и склонны к рецидивированию. Тяжесть депрессивного состояния определяется степенью нарушения в социальной и профессиональной сфере жизни пациента, а также физического функционирования.



■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить влияние психосоциальных факторов на прогрессирование глаукомы.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Методика исследования предусматривала проведение комплексного тестирования, позволяющего выявить и оценить приоритетность факторов, влияющих на прогрессирование заболевания: исследовать индивидуально типологические особенности личности у пациентов, оценить уровень семейной тревоги и напряжения на текущий момент времени и определить уровень депрессивных симптомов у пациентов с данной патологией.

В процесс исследования вошли 100 пациентов, страдающих глаукомой, в возрасте от 40 до 70 лет, из них мужчин – 40, женщин – 60. Основную группу составили пациенты с нестабилизированным типом течения ПОУГ в количестве 50 человек, из них женщин – 18 (36%), мужчин – 32 (64%). Контрольную группу составили пациенты, находящиеся на плановом лечении с диагнозом ПОУГ, в количестве 50 человек, из которых 22 женщины (44%) и 28 мужчин (56%) со стабилизированным типом течения заболевания. Группы были идентичны по возрастному, гендерному составу, стадии глаукомы и с компенсированным внутриглазным давлением.

Нами был проведен анализ историй болезни, психодиагностический и статистический методы исследования. В обеих группах учитывались: стадия глаукомы, лечение, хроническая патология со стороны различных органов и систем, операции и травмы. В каждой из групп изучался уровень личностной и ситуативной тревожности по методике самооценки Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина (1966–1973 гг.) [13]. «Анализ семейной тревоги» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса (1999 г.) позволял оценить общий фон переживаний пациентов, связанный с отношениями со значимыми близкими, семейными отношениями [14]. По шкале самооценки депрессии Цунга (1965 г.) проведен анализ выраженности депрессивных симптомов у исследуемых лиц.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные показатели опросника Ч.Д. Спилберга – Ю.Л. Ханина были статистически достоверными в обеих исследуемых группах. Нами была определена выраженность тревожности в структуре личности – личностная тревожность (ЛТ), означающей мотив или приобретенную поведенческую позицию, которая заставляет человека воспринимать широкий круг объективно безопасных обстоятельств как содержащих угрозу, побуждая реагировать на них состояниями тревоги, а также выраженность реактивной – ситуативной тревожности (СТ), которая характеризует состояние человека в данный момент времени и проявляется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью в данной конкретной обстановке. Полученные результаты представлены в табл. 1.

Следует отметить, что симптомы, соответствующие очень высокому и высокому уровню тревожности, наблюдались только в основной группе у пациентов с нестабилизированным типом течения заболевания. Очень низкий уровень ЛТ был отмечен только в контрольной группе у 5 пациентов, и СТ у 10 человек. Полученные результаты представлены в табл. 2.

Таблица 1
Показатели ситуационной и личностной тревожности в исследуемых группах пациентов с
первичной открытоугольной глаукомой
Table 1
Indicators of situational and personal anxiety in the studied groups of patients with primary open-angle
glaucoma

Исследовательские группы	Основная группа				Контрольная группа				p-level
	N	Me	Q25	Q75	N	Me	Q25	Q75	
СТ	50	2,85	2,60	3,05	50	1,65	1,50	1,90	0,000*
ЛТ	50	3,00	2,80	3,20	50	1,83	1,60	2,10	0,000*

Примечания: * статистически значимые различия по критерию Манна – Уитни, $p < 0,05$. N – объем выборки. Me – медиана. Q25 – нижний квартиль. Q75 – верхний квартиль.

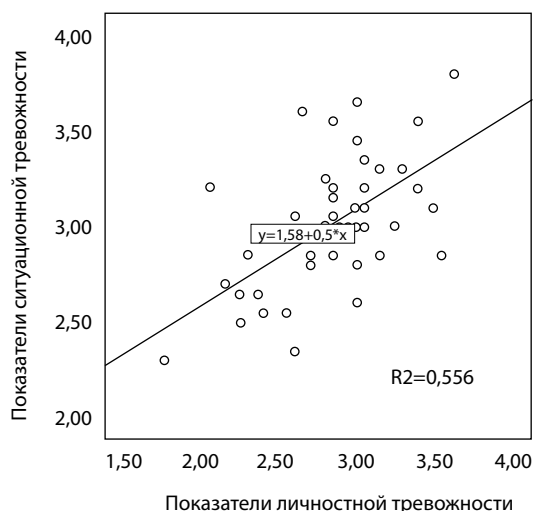
Таблица 2
Количество пациентов с выявленными уровнями личностной и ситуационной тревожности в
основной и контрольной группах
Table 2
The number of patients with identified levels of personal and situational anxiety in the main and control
groups

Уровень тревожности	Количество пациентов в основной группе		Количество пациентов в контрольной группе	
	Личностная тревожность	Ситуационная тревожность	Личностная тревожность	Ситуационная тревожность
Очень высокая тревожность	10%	6%	–	–
Высокая тревожность	50%	36%	–	–
Средняя тревожность	40%	56%	42%	14%
Низкая тревожность	–	2%	48%	66%
Очень низкая тревожность	–	–	10%	20%

В связи с тем, что в группе пациентов, течение заболевания которых было нестабилизированное, были отмечены высокие показатели и ЛТ и СТ, нами была определена корреляционная зависимость данных показателей. На рисунке указан полученный коэффициент ранговой корреляции Спирмена, который равен 0,556, что говорит об умеренной и прямой связи ЛТ и СТ.

Таким образом, значение итогового показателя по данной шкале позволило оценить не только уровень актуальной тревоги испытуемого, но и определить, находится ли он под воздействием стрессовой ситуации в текущий момент и какова интенсивность этого воздействия на него. Если отметить гендерные особенности предрасположенности к тревожному состоянию, то показатели у мужчин в обеих исследуемых группах незначительно превалировали над показателями у женщин. В результате нашего исследования выявлена следующая закономерность: высокий уровень личностной тревожности при высоком уровне ситуативной тревожности ярко выражен в группе пациентов, течение заболевания которых нестабилизированное.

Нами были проанализированы показатели, характеризующие внутрисемейные отношения в обеих группах пациентов. Согласно статистически достоверным данным, полученным при анализе опросника «Анализ семейной тревоги», были



Степень взаимосвязи между показателями личностной и ситуационной тревоги в группе пациентов с нестабилизированным типом течения заболевания. Ось X – показатели личностной тревожности (баллы), ось Y – показатели ситуационной тревожности (баллы), R2 – коэффициент корреляции

The degree of relationship between indicators of personal anxiety and situational anxiety in a group of patients with an unstable type of disease course. X-axis – indicators of personal anxiety (points), Y-Axis – indicators of situational anxiety (points), R2 – correlation coefficient

выявлены значимые различия семейной тревоги у пациентов основной и контрольной групп. Полученные результаты представлены в табл. 3.

Сравнительный анализ исследуемых параметров показал, что имеются достоверные различия по шкале «вина» между обеими группами, причем выше показатели вины отмечены в основной группе; по шкале «тревожность» выявлены

Таблица 3

Показатели семейной напряженности в исследуемых группах пациентов с глаукомой

Table 3

Indicators of family tension in the studied groups of glaucoma patients

Группы исследования	Основная группа			Контрольная группа			p-уровень
Факторы исследования	n	p%	±95%ДИ	n	p%	±95%ДИ	
Семейная вина: нет	46	92	(83,96; 100)	50	100	(100; 100)	0,040*
Семейная вина: да	4	8	(0; 35,26)	0	0		0,040*
Семейная тревожность: нет	44	88	(78,16; 97,84)	50	100	(100; 100)	0,010*
Семейная тревожность: да	6	12	(0; 38,66)	0	0		0,010*
Семейная напряженность: нет	31	62	(44,48; 79,52)	50	100	(100; 100)	0,000*
Семейная напряженность: да	19	38	(15,62; 60,38)	0	0		0,000*
Общая сем. напряженность: нет	7	14	(0; 40,36)	49	98	(93,98; 100)	0,000*
Общая сем. напряженность: да	43	86	(75,37; 96,63)	1	2	(0; 30,13)	0,000*

Примечания: * статистически значимые различия по критерию Манна – Уитни, $p < 0,05$; n – количество людей с данным признаком; p% – процент этих лиц (доля); ±95% ДИ – доверительный интервал.

Таблица 4

Показатели интенсивности депрессивных симптомов в исследуемых группах пациентов с глаукомой

Table 4

Indicators of the intensity of depressive symptoms in the studied groups of glaucoma patients

Уровень депрессивных симптомов	Основная группа			Контрольная группа			p-уровень
	n	p%	±95%ДИ	n	p%	±95%ДИ	
Минимальные симптомы депрессии	26	52	(32,31; 71,69)	1	2	(0; 30,13)	0,000*
Субдепрессивное состояние или маскированная депрессия	12	24	(0; 48,78)	0	0		0,000*
Нет депрессии	11	22	(0; 47,1)	49	98	(93,98; 100)	0,000*
Истинное депрессивное состояние	1	2	(0; 30,13)	0	0		0,315

Примечания: * статистически значимые различия по критерию Манна – Уитни, $p < 0,05$; n – количество людей с данным признаком; p% – процент этих лиц (доля); ±95%ДИ – доверительный интервал.

достоверные различия в уровне семейной тревожности между обеими группами, причем выше данный показатель в основной группе пациентов с нестабилизированным течением глаукомы; по шкале «напряженность» отмечены значимые различия между основной и контрольной группами. Этот показатель был значимо выше в основной группе. Результаты по обобщенной шкале достоверно различались в основной и контрольной группах. Таким образом, для пациентов, течение заболевания которых прогрессирует, характерен повышенный уровень общей семейной тревожности за счет высоких показателей по шкалам «вина», «тревожность», «напряженность», по сравнению с пациентами, течение заболевания которых стабилизированное.

Мы провели анализ депрессивных симптомов у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой с нестабилизированным и стабилизированным типом течения заболевания. Согласно результатам, были получены статистически достоверные значимые различия между исследуемыми группами. Полученные результаты опросника самооценки депрессии по шкале Цунга представлены в табл. 4.

Согласно полученным результатам нами были отмечены значимые различия между уровнями депрессивных симптомов в основной и контрольной группах. Следует отметить, что у 52% пациентов основной группы (пациенты с нестабилизированным течением глаукомы) была выявлена легкая депрессия ситуативного или невротического генеза, у 24% – субдепрессивное состояние или маскированная депрессия, у 22% – состояние без депрессии. В контрольной группе лишь у 2% пациентов отмечались симптомы легкой депрессии, у остальных – показатели соответствовали состоянию без депрессии, что в 4,45 раза выше показателей основной группы. В нашем исследовании мы выявили взаимосвязь прогрессирования глаукомы и сопутствующих депрессивных симптомов. У большинства пациентов с нестабилизированным типом течения глаукомы симптомы депрессии носили минимальный характер, однако у части пациентов присутствовала клинически значимая депрессия, соответствующая критериям легкого депрессивного эпизода по МКБ-10.



■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В проведенном исследовании выявлено, что у пациентов с нестабилизированным течением глаукомы достоверно более высокий уровень личностной и ситуативной тревожности в сравнении с пациентами со стабилизированным течением глаукомного процесса. Результаты проведенной работы также показали, что при прогрессирующем течении заболевания присутствует повышенный уровень общей семейной тревожности за счет высоких показателей по шкалам «вина», «тревожность», «напряженность», в сравнении с уровнем семейной тревожности у пациентов, течение заболевания которых было стабилизированным. Уровень семейной тревожности может отражаться на росте индивидуальной тревоги, что также может играть роль в этиопатогенетических механизмах прогрессирования болезненного процесса. В нашем исследовании мы выявили взаимосвязь прогрессирования глаукомы и сопутствующих депрессивных симптомов. У части (24%) пациентов присутствовала клинически значимая депрессия, соответствующая критериям легкого депрессивного эпизода по МКБ-10.

С учетом полученных данных в программу комплексного обследования, лечения и реабилитации пациентов с нестабилизированным типом течения глаукомы может быть включено исследование уровней тревоги и депрессии, и при выявлении повышения данных показателей – проведение психотерапевтической или психофармакологической коррекции. Результаты проделанной работы могут способствовать повышению качества оказания медицинской помощи пациентам с глаукомой, в прогрессировании которой совместно с органическими причинами принимают участие и психосоциальные факторы.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Egorova E.A., Astakhova Yu.S., Ericheva V.P. *National Glaucoma Guidelines for Medical Practitioners*. Izd. 3: 2014; 46–50. (In Russian)
2. Ahmadyarova B., Shusterov Y., Lyubchenko M. Psychogenic factors in the pathogenesis of anterior ischemic optic neuropathy (review). *Georgian Med News.*, 2017 Nov; (272): 37–42. PMID: 29227256. (In Russian)
3. Batarshhev A.V. *Basic psychological properties and self-determination of personality: A practical guide to psychological diagnostics*. SPb.: Rech'; 2005; 44–49. (In Russian)
4. Aleksander F. [Psychosomatic medicine. Principles and application]. M.: In-t OGI, 2004; 36–37. (In Russian)
5. Kulakov S.A. *Fundamentals of psychosomatics*. SPb.: Rech'; 2005; 5. (In Russian)
6. Lyubchenko M.Yu. Psychosomatic approach and its possibilities in clinical medicine. *Bulletin of KAZNMU. Materials of the scientific and practical conference "Socio-psychological health service of the Republic of Kazakhstan: to be or not to be?"*. 2012; 153–154. (In Russian)
7. Frankl V. *Doctor and Soul: from psychotherapy to logotherapy*. M., «Al'pina non-fikshn», 2016; 215. (In Russian)
8. Fava G.A., Sonino N., Wise T.N. The Psychosomatic Assessment: Strategies to Improve Clinical Practice. *J Adv Psychosom Med*. Basel, Karger, 2012; 32: 1–18. doi: 10.1159/000329997
9. Lyuban-Plotstsa B., Pel'dinger V., Kreger F., Pederak-Khofman K. *Psychosomatic disorders in general medical practice*. SPb, 2000; 45. (In Russian)
10. Lyubchenko M.Yu., Stolyarova V.V. The role of social factors in the development of neurotic disorders. *J Medicine and ecology*, 2016; 2:40–44. (In Russian)
11. Lyubchenko M.Yu., Kulov D.B., Shilina Yu.S. The role of the family in the mental and behavioral disorders formation. *Psikhiatriya, psikhoterapiya i narkologiya*, 2013; 2: 51–56. (In Russian)
12. Chernikov A.V. Systemic family therapy. Integrative diagnostic model. M.: NF. «Klass», 2010; 187. (In Russian)
13. Karelin A.A. *A large encyclopedia of psychological tests*. M.: Eksmo, 2007; 55–56. (In Russian)
14. Eidemiller E.G., Yustitskis V. *Psychology and psychotherapy of the family*. SPb.: Piter, 2008; 672. (In Russian)