

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ С РАЗНЫМ СРОКОМ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА

© 2025 Д. М. Шацких¹, А. С. Силаков²

¹ психолог

e-mail: sigga2001@mail.ru

² кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии

e-mail: alssil@mail.ru

Курский государственный университет

Рассеянный склероз является хроническим аутоиммунным заболеванием, требующим серьезного медицинского контроля, а также способным привести к глубокой инвалидизации человека. Это может быть причиной проблем приспособления больных к социальной среде. Люди с различным сроком получения соответствующего диагноза по-разному реагируют на его наличие. В статье приводятся результаты исследования специфики социально-психологической адаптации больных рассеянным склерозом с разным сроком установления диагноза. Показано, что с его возрастанием оптимизируются уровни нервно-психического напряжения и социальной адаптированности, однако ухудшаются показатели эмоциональной и инструментальной поддержки.

Ключевые слова: социально-психологическая адаптация, диагноз, болезнь, рассеянный склероз, здоровье.

SOCIO-PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS WITH DIFFERENT DIAGNOSIS DATES

© 2025 D. M. Shatskih¹, A. S. Silakov²

¹ Psychologist

e-mail: sigga2001@mail.ru

² Candidate of Psychological Sciences,

Associate Professor of the Department of Psychology

e-mail: alssil@mail.ru

Kursk State University

Multiple sclerosis is a chronic autoimmune disease that requires serious medical supervision and can also lead to severe disability. This can also lead to problems of adaptation of patients to the social environment. People who have different time elapsed since receiving the appropriate diagnosis react differently to its presence. The article presents the results of a study of the specifics of socio-psychological adaptation in patients with multiple sclerosis with different diagnosis dates. It is shown that with its increase, the levels of neuropsychiatric stress and social adaptation are optimized, but indicators of emotional and instrumental

Keywords: socio-psychological adaptation, diagnosis, disease, multiple sclerosis.

На сегодняшний день изучение проблемы психического здоровья имеет особенно высокую актуальность для людей, имеющих подтвержденные органические заболевания. Сочетание физического нездоровья с психологическим стрессом, опосредованным, снижает качество жизнедеятельности человека в различных ее сферах. Говоря о лечении различных заболеваний, нужно учитывать и общее психическое состояние пациентов, от которого зависит как специфика их поведения, так и обратная связь психики с центральной нервной системой, а через нее с комплексом систем организма. Давно известно, что это может как ухудшить, так и оптимизировать состояние больного. Понимая под психическим состоянием ряд динамичных и взаимосвязанных компонентов психики, организованных в сложную структуру, базовыми ее составляющими можно считать следующие: активационную, гностическую, эмоциональную и личностную. Следовательно, целенаправленно воздействуя на психическое состояние пациента, возможно влиять на его восприятие и оценку своей болезни, продуцировать действия, помогающие с ней бороться, правильные эмоциональные реакции и самооценку. Учитывая распространенность обсуждаемой проблемы, можно говорить о высокой общественной значимости работ по повышению качества социально-психологической адаптации людей с нарушениями здоровья.

Как правило, этим характеризуются заболевания, вызываемые как органической, так и функциональной патологией. К ним относится рассеянный склероз (РС). Это аутоиммунное хроническое заболевание, вызываемое поражением головного и/или спинного мозга и отличающееся многообразием симптомов. Обычно оно возникает у достаточно молодых людей, что в итоге может грозить им тяжелой инвалидизацией [1; 2]. Кроме этого, у больных рассеянным склерозом отмечается проявление социально-психологической дезадаптации, повышенного чувства тревоги, невротизации, возникающих в связи с тяжелыми симптомами заболевания, ранней инвалидизацией, спецификой течения заболевания [1].

Также ряд психологических исследований больных рассеянным склерозом указывает на многие психические нарушения. К ним относятся личностные, эмоциональные и когнитивные проблемы, а также расстройство «Я-концепции». Как отмечалось выше, причины многих расстройств, возникающих после диагностирования рассеянного склероза, могут иметь как органический, так и функциональный характер [7; 8]. Это позволяет сделать вывод, что существует необходимость не только в диагностике и лечении больных рассеянным склерозом, но и в их психологической коррекции и реабилитации.

Заболевание, приводящее человека к инвалидности, ставит его в новые, специфические жизненные условия, то есть создает своеобразную предметную социально-психологическую ситуацию, которая снижает способность удовлетворять свои базовые потребности, возможность самореализоваться (социально, профессионально, лично), что может привести к состоянию фрустрации индивида [9].

Переживание установления диагноза и наличие нетрудоспособности может оказать негативное влияние на личность больного, его мышление, переосмысление установок и ценностей и эмоционально-волевую сферу. Его определяет ряд критериев. К ним относятся: социальная изоляция, соматические нарушения, своеобразные убеждения и установки и психологические характеристики, к которым относятся разочарование, обида, апатия, депрессия, агрессия и вина.

Исследуя социально-психологические особенности людей с инвалидностью, отечественные исследователи в современных работах опираются на труды ученых, уделявших внимание влиянию нарушений на ЦНС и личность больного в целом. Этим занимались В.В. Ковалев, В.Н. Мясищев, А.Р. Лурия и др.

Эмоциональный настрой индивида – основа для изучения психологических особенностей людей с РС. Обычно им свойственна астенизация психики, подразумевающая под собой проявление снижения эмоционального тонуса, апатии, вялости и пр.

Кроме этого, отмечается эмоциональная неустойчивость, подразумевающая частую смену настроения. Чувство надежды на выздоровление и улучшение жизненной ситуации может резко измениться на ощущение потери смысла жизни и отчаяния.

В исследовании гендерных особенностей больных РС было выявлено, что количество маскулинных и фемининных черт было примерно одинаковое как у мужчин, так и у женщин. У первых маскулинные характеристики помогали снизить уровень психастении; у вторых – преодолевать тревожность, астению и депрессию. Развитие же фемининности связывается с ухудшением качества жизни, снижением физических показателей, вынужденным ростом потребности в посторонней помощи [6].

В.Д. Тополянский в своей работе «Психосоматические расстройства» отмечает, что, исходя из типов отношения к болезни, диагностируемых в методике «ТОБОЛ», у больных рассеянным склерозом преобладают следующие: эргопатический (стенический), анозогнозический (эйфорический) и неврастенический [10]. Это указывает на то, что они либо стараются уйти от болезни в работу, либо отбрасывают негативные мысли о вероятных последствиях заболевания, вплоть до полного их отрицания, либо действуют по принципу «раздражительной слабости», срываясь на окружающих при неудачах лечения и неспособности ждать облегчения своего состояния, после чего критически относиться к своим словам и поступкам.

У больных рассеянным склерозом также отмечается ряд особенностей в системе ценностных ориентаций. Первой по значимости является здоровье, второй – свобода как самостоятельность в передвижении и независимость и третьей – материальное обеспечение жизни [9].

У больных РС наблюдается ряд нейроповеденческих проявлений. Рассмотрим некоторые из них. Например, у пациентов с рассеянным склерозом отмечается эйфория. Впервые ее описал Ж. Шарко в своей книге «Лекции по нервным болезням». Там было отмечено, что у многих пациентов с таким диагнозом наблюдается состояние, названное им «глупым безразличием» [12].

Хотя его выводы основывались на довольно небольшой выборке пациентов, вплоть до описания единичных случаев, в первой половине XX в. неоднократно проводились масштабные исследования с десятками, а позднее и сотнями испытуемых. В них была подтверждена идея Шарко о том, что при рассеянном склерозе действительно высока вероятность проявления эйфории [14].

Правда, во второй половине XX столетия были получены противоположные результаты исследований. В связи с этим А. Дункан и его коллеги предположили, что за последнее столетие сильно изменилось понимание понятия «эйфория» [13]. Кроме этого, был сделан вывод об уменьшении частоты ее встречаемости из-за более жесткой формулировки понятия и преобразования его системы оценок.

Поскольку в XX в. бытовало мнение, что патологическая эйфория проявляется в большинстве случаев, ученые часто выражали предвзятость к ней. Сегодня отмечается изменение течения заболевания. На это влияет улучшение диагностики и терапии. Современные данные показывают, что эйфория находится в прямой взаимозависимости с деменцией [19].

Современные исследователи отмечают, что патологическая эйфория – это следствие органического поражения мозга, а не реакция человека на факт установления диагноза.

Кроме эйфории у пациентов изучались аффективные нарушения. Исследования показали, что больные рассеянным склерозом подвержены тревожным и депрессивным расстройствам. Могут появиться риски возникновения суицидальных мыслей, нарушение социальной адаптации и проявление сопутствующих соматических заболеваний [17]. При РС депрессия встречается чаще, чем при других неврологических заболеваниях, за исключением синдрома хронической усталости, когда частота встречаемости примерно на одном уровне.

Ряд исследователей при изучении депрессивных симптомов у больных рассеянным склерозом указывают на обусловленные заболеванием неврологические симптомы и признаки, к которым относятся бессонница и снижение концентрации внимания, памяти и аппетита. Также необходимо отметить утомляемость. Они являются симптомами и депрессии, и рассеянного склероза, поэтому важно понять, чем они обусловлены.

У больных рассеянным склерозом улучшению психологического состояния и уменьшению чувства утомляемости может поспособствовать назначение антидепрессивной терапии [20].

Примерно в трети случаев у больных РС в связи с депрессивным расстройством и социальной изоляцией возникают суицидальные намерения [16]. При данном диагнозе уровень завершенных самоубийств в 7 раз выше, чем в целом по популяции, и выше, чем при многих других неврологических заболеваниях.

Следует заметить, что динамика развития депрессивного расстройства опосредована и психосоциальными факторами, к которым можно отнести одиночество и нехватку социальной поддержки. Они негативно влияют на риск суицидов у пациентов с диагностированным рассеянным склерозом.

П. Б. Зотов и Н. И. Куценко выяснили, что почти у 80% больных рассеянным склерозом в период обострения заболевания в общей структуре переживаний депрессивного характера отмечаются и антивитаальные. Пациенты признавались в наличии суицидальных мыслей и переживаний, испытывали потребность поделиться этим с близкими. Данный факт позволяет отнести их к группе повышенного риска и требует повышенного внимания к жалобам [4].

Депрессия у больных может появляться и из-за влияния чувства беспокойства, касающегося неопределенности прогрессирования заболевания, его влияния на их физическое состояние [18]. Такие выводы были сделаны исследователями, указывающими на отсутствие корреляции между тяжестью проявления заболевания и уровнем эмоциональных нарушений у людей с РС. Например, Э. Фейнштейном было выдвинуто предположение о более редком развитии депрессивных симптомов у пациентов, использующих проблемно ориентированные копинг-стратегии, по сравнению с теми, кто чаще применяет эмоционально ориентированные модели [16].

Депрессия при РС также может быть проявлением побочного эффекта от ПИТРС (препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза). Изучение взаимосвязи между применением интерферонов бета и развитием депрессивных симптомов показало спорные результаты. В начале 1990-х гг. было проведено исследование, показавшее, что у пациентов, принимающих интерферон, уровень депрессии был выше, чем у испытуемых контрольной группы, получавших плацебо. Но последующие исследования не доказали, что данная группа препаратов действительно приводит к развитию депрессивного расстройства у больных РС [23]. На сегодняшний день исследователи не пришли к единому мнению по этому вопросу.

В ряде случаев к формированию ПТСР у больных рассеянным склерозом приводят тревога и депрессия [3; 11].

Поскольку рассеянный склероз является хроническим и неврологическим заболеванием, способным оказывать сильное влияние на качество жизни и имеющим риск неблагоприятного прогноза, он может выступать в качестве триггера для развития ПТСР наряду с инфарктом, инсультом, онкологией и другими болезнями, описанными в «Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам» [21; 22].

Замечено, что с возрастанием срока диагноза наблюдается снижение потребности пациентов опираться на копинг-стратегию «избегание проблем», являющуюся дезадаптивной. Частота обращения к стратегии «поиск социальной поддержки» также падает, что наблюдалось и в нашем исследовании. Наиболее позитивной для пациентов является стратегия «разрешение проблем», способствующая, в частности, устойчивости к астении [5].

Под влиянием рассеянного склероза у больных сильно меняется привычный образ жизни в связи с необходимостью постоянного приема медикаментов, важностью развитых самоконтроля и дисциплины, а также способностью к постоянной адаптации изменения состояния своего организма. В связи с этим более успешное преодоление заболевания связано с психологической устойчивостью, умением справляться со стрессовыми ситуациями, отсутствием психических заболеваний и наличием социальной поддержки у больных.

Несмотря на то что РС – это неизлечимое прогрессирующее заболевание, некоторые больные успешно адаптируются к жизни с болезнью, продолжают работать и вести активный образ жизни, даже имея тяжелую форму рассеянного склероза. Это способствует стабилизации их физического и психического состояния. Выявление дополнительных факторов, обеспечивающих данный процесс, позволяет говорить об актуальности данной работы.

Для анализа уровня социально-психологической адаптации больных рассеянным склерозом нами было проведено эмпирическое исследование, целью которого было выявление особенностей социально-психологической адаптации у больных рассеянным склерозом с разным сроком установления диагноза.

Объект исследования: состояние социально-психологической адаптации больных рассеянным склерозом.

Предмет: влияние срока установления диагноза у больных рассеянным склерозом на их уровень социально-психологической адаптации.

Гипотеза: сложность социально-психологической адаптации больных рассеянным склерозом опосредуется сроком установления диагноза.

Методический блок исследования включает в себя: теоретический анализ, опросный метод, тестирование, методы статистической обработки данных: «Шкалу базисных убеждений» Р. Янов-Бульман (адаптация М.А. Падун, А.В. Котельниковой), «Опросник социальной поддержки» G. Sommer, T. Fydrich (адаптация А.Б. Холмогоровой), «Тест социально-психологической адаптированности» К. Роджерса, Р. Даймонда (адаптация А.К. Осницкого) и «Шкалу нервно-психического напряжения» Т.А. Немчина.

Выборка включает 200 человек с разным сроком установления диагноза рассеянный склероз (от 1 года до 19 лет).

Результаты проведенного исследования позволяют нам сделать следующие выводы.

1. Анализируя результаты «Шкалы базисных убеждений», можно заключить, что у заболевших менее 5 лет назад шкалы «Образа Я» и «Удачи» имеют средний уровень, а «Доброжелательности мира», «Справедливости» и «Убеждения в контроле» – низкий. Это говорит об их негативном отношении к миру и ощущении потери контроля,

при этом отмечается достаточно положительная оценка самого себя и своей удачливости в сложившейся ситуации. У заболевших от 5 до 15 лет назад значения всех шкал находятся на среднем уровне. Следовательно, их убеждения более позитивны по отношению к окружению и своим психологическим особенностям. У заболевших более 16 лет назад отмечается высокий уровень по всем шкалам, кроме «Удачи», – она на среднем. Это указывает на их положительное отношение к окружающему миру и самому себе, старание жить полноценной жизнью настолько это возможно.

2. «Опросник социальной поддержки» показал, что на высоком уровне находятся полученные значения эмоциональной и инструментальной поддержки, а на среднем – социальной интеграции у тех, кому диагноз был установлен менее 5 лет назад; преимущественно средний уровень значений по данным шкалам диагностируется у остальных испытуемых, но показатель социальной интеграции имеет преимущественно низкий уровень у пациентов с установленным диагнозом более 16 лет назад. Высокий уровень удовлетворенностью получаемой поддержкой диагностирован у заболевших менее 5 лет – 15 лет; у тех, кому заболевание было диагностировано более 16 лет назад, преимущественно средний уровень. Это указывает на удовлетворенность некоторых заболевших различными формами оказываемой поддержки. Но при этом люди, давно живущие с установленным диагнозом, не довольны своей интеграцией в общество и сложностями установления социальных контактов.

3. Исходя из результатов «Опросника социальной адаптированности» понятно, что интегральный показатель адаптированности у всех испытуемых находится на среднем уровне. При этом у заболевших менее 5 лет назад показатели принятия себя и других, эмоциональной комфортности, инфернальности и стремления к доминированию находятся на низком уровне, а эскапизма – на высоком. У людей с установленным диагнозом от 5 до 15 лет показатели самопринятия, принятия других, эмоциональной комфортности и стремления к доминированию находятся на среднем уровне, а уровень эскапизма – на низком. У заболевших более 16 лет назад почти все шкалы, за исключением принятия других и эскапизма, находятся на высоком уровне, последние – на низком. Мы можем сделать вывод о том, что заболевшие недавно больше склонны уходить от проблем, они чувствуют себя некомфортно, не принимают себя в новых обстоятельствах и почти потеряли способность контролировать происходящее, в отличие от тех, кому диагноз был установлен достаточно давно и кто смог в определенной мере адаптироваться к заболеванию, но при этом люди, которым диагноз был поставлен более 16 лет назад, часто находятся во внешнем конфликте с окружающими, что вызывает непринятие последних у первых.

4. Результаты «Опросника нервно-психического напряжения» показывают, что высокий уровень чаще всего проявляется у заболевших с установленным диагнозом менее 5 лет назад. Следовательно, у них обнаруживаются тревожность, эмоциональная неустойчивость, страхи и вегетативные расстройства. Как правило, такие состояния связаны с установлением заболевания. Низкий уровень чаще других встречается у людей с установленным диагнозом от 11 лет и больше. Такому результату могли поспособствовать как личностные особенности самих испытуемых, так и прекращение переживаний, касающихся установленного диагноза.

5. Для статистической обработки данных использовался непараметрический критерий Крускала–Уоллиса. Он показал достоверные различия при $p < 0,01$:

– по шкалам «Доброжелательность мира», «Справедливость», «Образ «Я» и «Убеждение в контроле» в методике «Шкала базисных убеждений»;

– по шкалам эмоциональной и инструментальной поддержки и социальной интеграции «Опросника социальной поддержки»;

– по шкалам «Интегральные показатели себя и других», «Эмоциональной комфортности, интернальности и эскапизма» «Теста социально-психологической адаптированности»;

– показателей уровня напряжения «Опросника нервно-психического напряжения».

Таким образом, проанализировав полученные результаты, мы можем заключить, что гипотеза исследования находит свое подтверждение и сложность социально-психологической адаптации больных рассеянным склерозом действительно опосредуется сроком установления диагноза.

Библиографический список

1. Алексеева, Т. Г. Спектр нейропсихологических изменений при рассеянном склерозе / Т. Г. Алексеева, А. Н. Бойко, Е. И. Гусев // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – Т. 100. – № 11. – С. 15–20.

2. Бойко, А. Н. Немедикаментозные методы и стиль жизни при рассеянном склерозе / А. Н. Бойко, М. Е. Гусева, С. А. Сиверцева. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 240 с.

3. Васильева, А. В. Социально-психологические факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями прямой кишки, подвергшихся хирургическому лечению с формированием колостомы / А. В. Васильева, Т. А. Караваева, Е. П. Лукошкина, А. В. Карпов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2018. – № 2. – С. 44–53.

4. Зотов, П. Б. Суицидальное поведение больных рассеянным склерозом (частота, клинические формы, характер) / П. Б. Зотов, Н. И. Куценко // Уральский медицинский журнал. – 2008. – № 3(43). – С. 49–51.

5. Красильникова, Ю. А. Копинг-стратегии у пациентов с рассеянным склерозом / Ю. А. Красильникова, Т. В. Байдина, Т. Н. Трушникова // International Scientific and Practical Conference World science. – 2015. – Т. 2. – № 4(4). – С. 33–35.

6. Пичкалева, Ю. А. Связь гендерных особенностей пациентов с рассеянным склерозом с качеством жизни и клиническими особенностями заболевания / Ю. А. Пичкалева, Т. В. Байдина, Т. Н. Трушникова и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – Т. 119. – № 2-2. – С. 49–51.

7. Резникова, Т. Н. Психологическое исследование больных рассеянным склерозом / Т. Н. Резникова, И. Ю. Терентьева, Н. А. Селиверстова и др. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – Т. 107. – № 7. – С. 36–42

8. Резникова, Т. Н. Функциональная активность структур головного мозга и склонность к агрессии у больных с длительно текущими заболеваниями ЦНС / Т. Н. Резникова, Н. А. Селиверстова, Г. В. Катаева и др. // Физиология человека. – 2015. – Т. 41. – № 1. – С. 35–42

9. Смирнов, А. В. Исследование глубинных психологических особенностей инвалидов / А. В. Смирнов // Социальные технологии, исследования. – 2003. – № 4. – С. 37–43.

10. Тополянский, В. Д. Психосоматические расстройства / В. Д. Тополянский. – Минск: ТетраСистемс, 1998. – 368 с.

11. Chalah M, Ayache S. Psychiatric event in multiple sclerosis: could it be the tip of the iceberg?. Revista Brasileira de Psiquiatria. – 2017. – 39(4). – P. 365– 368. – doi:10.1590/1516-4446-2016-2105

12. *Chalfant A, Bryant R, Fulcher G.* Posttraumatic stress disorder following diagnosis of multiple sclerosis. *J Trauma Stress.* – 2004. – 17(5). – P. 423–428. – doi:10.1023/b:jots.0000048955.65891.4c
13. *Diaz-Olavarrieta C, Cummings J, Velazquez J, Garcia de al Cadena C.* Neuropsychiatric Manifestations of Multiple Sclerosis // *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* – 1999. – 11(1). – P. 51– 57. – doi:10.1176/jnp.11.1.51
14. *Duncan A, Malcolm-Smith S, Ameen O, Solms M.* Changing definitions of euphoria in multiple sclerosis: A short report // *Multiple Sclerosis Journal.* – 2014. – 21(6). – P. 776–779. – doi:10.1177/1352458514549400
15. *Duncan A, Malcolm-Smith S, Ameen O, Solms M.* The Incidence of Euphoria in Multiple Sclerosis: Artefact of Measure // *Mult Scler Int.* 20116 – 2016. – 1–8. – doi:10.1155/2016/5738425
16. *Feinstein A, Magalhaes S, Richard J, Audet B, Moore C.* The link between multiple sclerosis and depression // *Nature Reviews Neurology.* – 2014. – 10(9). – P. 507–517. – doi:10.1038/nrneurol.2014.139
17. *Fisk J, Pontefract A, Ritvo P, Archibald C, Murray T.* The Impact of Fatigue on Patients with Multiple Sclerosis // *Canadian Journal of Neurological Sciences / Journal Canadien des Sciences Neurologiques.* – 1994. – 21(01). – P. 9–14. – doi:10.1017/s0317167100048691
18. *Lynch S, Kroencke D, Denney D.* The relationship between disability and depression in multiple sclerosis: the role of uncertainty, coping, and hope // *Multiple Sclerosis.* – 2001. – 7(6). – P. 411–416. – doi:10.1191/135245801701566998
19. *Minden S.* Mood disorders in multiple sclerosis: diagnosis and treatment. *Journal of Neurovirology.* 2000; 6(2):160-167.
20. *Mohr D, Hart S, Goldberg A.* Effects of Treatment for Depression on Fatigue in Multiple Sclerosis // *Psychosom Med.* – 2003. – 65(4). – P. 542–547. – doi:10.1097/01.psy.0000074757.11682.96
21. *Ostacoli L, Carletto S, Borghi M et al.* Prevalence and Significant Determinants of Post-traumatic Stress Disorder in a Large Sample of Patients with Multiple Sclerosis // *J Clin Psychol Med Settings.* – 2012. – 20(2). – P. 240–246. doi:10.1007/s10880-012-9323-239.
22. *Sai-Halász A.* Psychic Alterations in Disseminated Sclerosis A General, Statistical and Rorschach-Test Study on 200 Patients // *Eur Neurol.* – 1956. – 132(2–3). – P. 129–154. – doi:10.1159/000139628
23. *Zephir H, De Seze J, Stojkovic T et al.* Multiple sclerosis and depression: influence of interferon b therapy // *Multiple Sclerosis Journal.* – 2003. – 9(3). – P. 284–288. – doi:10.1191/1352458503ms915oaa