

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЛИЧНОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОБИЛЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

М.А. Никулина, В.Г. Лычев, И.Е. Бабушкин

Алтайский государственный медицинский университет, ректор, – д.м.н.,
проф. В.М.Брюханов; кафедра госпитальной и поликлинической терапии, зав. –
д.м.н., проф. В.Г. Лычев.

Резюме. Изучены особенности психологического статуса (ПС) больных острыми и хроническими вирусными гепатитами, установлено влияние психологического профиля личности на течение болезни. Для оценки ПС использовали тесты: ММИЛ, Кеттелла, Спилбелгера-Ханина и Зунга. Выявлены особенности ПС, которые характеризуются наличием ипохондрического синдрома, аутизации, высокой тревожности, депрессивных расстройств, наиболее выраженные при ХВГ. Установлены различия ПС от пола, возраста. Выявлено влияние изменений в психосоматическом статусе больных ОВГ и ХВГ на прогрессирование течения болезни, рассчитан коэффициент прогноза.

Ключевые слова: вирусные гепатиты, тревожность, депрессия, психологический статус, прогноз.

Никулина Марина Анатольевна – к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней Алтайского государственного медицинского университета (АГМУ); e-mail: ma.nikulina@mail.ru; тел.: 8(3852)623930.

Лычев Валерий Германович – д.м.н., проф., зав. кафедрой госпитальной и поликлинической терапии с курсами профессиональных болезней и эндокринологии АГМУ; e-mail: ma.nikulina@mail.ru.

Бабушкин Игорь Евгеньевич – к.м.н., доцент кафедры госпитальной и поликлинической терапии с курсами профессиональных болезней и эндокринологи АГМУ; e-mail: ma.nikulina@mail.ru.

В последние годы появляется все больше сообщений о возникающих психологических затруднениях у пациентов с соматической патологией, проявляющихся в осознании факта своего заболевания и, как следствие, нарушение различных аспектов жизни с изменением привычного социального поведения [18, 19, 21]. На современном этапе вирусные гепатиты остаются серьезной медицинской и социальной проблемой. По широте распространения, уровню заболеваемости, тяжести течения, частоте развития хронических форм и причиняемому экономическому ущербу они занимают в РФ одно из ведущих мест [8]. Известие о заболевании вирусным гепатитом — это почти всегда сильный стресс. Тяжесть психологического «шока» определяется не только устрашающей информацией о заболевании, но, прежде всего, зависит от индивидуальных психологических черт личности. Тревога, плохое настроение, безусловно, мешают человеку адекватно оценить свое состояние, что переходит в серьезную проблему. Все это может сопровождаться развитием хронического стресса с формированием как пограничных психических нарушений [5], так и стресс-индуцированных механизмов утяжеления, как основного, так и сопутствующих заболеваний. Показано, что распространенность депрессий среди больных хроническими вирусными гепатитами составляет от 30 до 60% [1, 3, 15].

Вместе с тем, в практической работе врача при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с патологией печени психологические факторы до сих пор зачастую считаются несущественными, вследствие чего широкий спектр психологических реакций пациента на ситуацию, связанную с заболеванием и на саму болезнь, чаще всего остаются вне поля зрения клиницистов [5]. Также не учитываются индивидуальные особенности личности больных, их позиция по отношению к своему заболеванию на разных стадиях болезни (острой, хронической), особенности

клинических проявлений болезни, мотивационной сферы, адаптивные и компенсаторные возможности организма, зависимость психологического статуса пациентов от макро- и микросоциума.

В связи с этим поставлена следующая цель – изучить особенности психологического статуса больных острыми и хроническими вирусными гепатитами В и С и установить влияние психологического профиля личности на течения болезни.

Материалы и методы

В группу исследования включены 156 больных (80 женщин, 76 мужчин) острыми вирусными гепатитами (ОВГ) и 168 больных (83 женщины, 85 мужчин) хроническими вирусными гепатитами (ХВГ), проходивших лечение на базе МУЗ «Городская больница № 5» г. Барнаула. Средний возраст больных ОВГ составил $25,70 \pm 0,63$ лет, ХВГ – $28,69 \pm 0,86$ лет. Контрольную группу составили 298 практически здоровых лиц. Все группы были сопоставимы по полу, возрасту и сформированы по принципу случайной выборки. Критерии исключения: алкогольная или наркотическая зависимость; наличие эндогенных психических заболеваний и органических поражений головного мозга; наличие сопутствующей соматической патологии в стадии декомпенсации; онкопатология. У всех пациентов было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Клиническая верификация ОВГ и ХВГ проводилась в соответствии с МКБ-10 с выделением следующих форм: острый вирусный гепатит В – В16.9 (73,1%); острый вирусный гепатит С – В17.1 (26,9%); хронический вирусный гепатит В – В18.0 (23,7%); хронический вирусный гепатит С – В18.2 (76,3%). Диагноз вирусного гепатита был установлен на основании клинико-эпидемиологических данных и подтвержден методами ИФА, иммуноблотинга и ПЦР: гепатит В - HBsAg, anti-HBsAg, HBeAg, anti-HBeAg, anti-HBc (IgM, IgG), HBV DNA; гепатит С - anti-HCV, HCV RNA (качественный, при необходимости количественный тест), генотип HCV.

Психологический статус больных оценивали с помощью стандартизированных методик: психологический профиль – «Методика многостороннего исследования личности» (ММИЛ) [2], выраженность личностных черт – 16-факторный личностный опросник Кеттелла (16-ФЛО, форма А) [14]. Аффективные расстройства оценивали по шкалам реактивной и личностной тревожности Спилбелгера-Ханина и по самооценочной шкале депрессии Зунга [10, 13]. Исследование проводили в динамике (при поступлении и при выписке из стационара). Учитывая, что при интерферонотерапии, как осложнение, могут развиваться расстройства депрессивного характера, в исследование были включены пациенты, не получавшие противовирусную терапию.

Статистический анализ результатов исследования выполнен с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0 (StatSoft Inc.) [9]. Применялись методы: оценка значимости различий количественных переменных в двух связанных выборках по критерию Вилкоксона, оценка значимости различий количественных переменных в двух независимых выборках по U-критерию Манна–Уитни, сравнение нескольких групп с использованием рангового анализа вариаций по Краскелу–Уоллису, сравнение переменных с использованием критерия МакНемара χ^2 (для связанных выборок) и двухстороннего точного критерия Фишера (для независимых выборок), корреляционный анализ путем вычисления коэффициента корреляции Spearman и Kendall Tau, дискриминантный анализ.

Результаты и обсуждение

При изучении психологического профиля личности (ППЛ) по тесту ММИЛ было выявлено, что у больных ОВГ и ХВГ показатели большинства клинических шкал существенно выше аналогичных в контрольной группе. У больных ОВГ превышение показателей наблюдалось по 8-й (аутизация) и 9-й (активность) клиническим шкалам (табл. 1).

У пациентов с ХВГ наблюдали преобладание 1-й и 8-й клинических шкал теста, причем усредненный показатель 8-й шкалы значительно превышал 70 Т-баллов. Данное сочетание свидетельствует о наличии у данных пациентов устойчивых затруднений социально–психологической адаптации, связанной с состоянием своего здоровья. В динамике статистически значимых изменений значений шкал ММИЛ у больных ХВГ не выявлено.

Важно отметить выявленные у больных ОВГ различия индивидуального реагирования в зависимости от пола. Так у женщин пик профиля по 9-й шкале и умеренное повышение 1 шкалы характеризует стенический тип реагирования, с преобладанием возбудимых черт: чрезмерная активность, тревожность, раздражительность и недостаточная сдержанность. У мужчин определялся индивидуалистический тип реагирования (пик профиля по 8-й шкале – $77,83 \pm 3,41$ Т-балла) – состояние растерянности, отчужденности, тенденции к уходу во внутренний мир и к соблюдению «психологической дистанции» между собой и окружением. Отмечено, что к моменту выписки из стационара у мужчин не наблюдалось нормализации показателей шкал ММИЛ, что характеризует значительное вовлечение в болезненные переживания.

При проведении корреляционного анализа установлена взаимосвязь возраста больных ОВГ и ХВГ с уровнем социальной активности (9 шкала; $r = -0,35$; $p < 0,05$). У больных ОВГ выявлены связи между интенсивностью астено-вегетативного синдрома (слабость, утомляемость), выраженностью ипохондрических проявлений (1 шкала; $r = 0,34$, $p < 0,01$) и эмоциональной нестабильности (3 шкала; $r = 0,30$, $p < 0,05$).

Используя 1 шкалу теста ММИЛ мы разделили, исследуемые группы на 2 подгруппы: 1-я подгруппа – с уровнем 1 шкалы ММИЛ > 70 Т-баллов и 2-я – с уровнем < 70 Т-баллов. Превышение 1-й шкалы ММИЛ верхней границы допустимых значений, является свидетельством чрезмерного внимания пациентов к состоянию своего физического здоровья (ипохондрические проявления – ИП). ИП выявлены у 46,3% больных ХВГ и у 21,8% больных ОВГ. При этом из рис.1 видно, что графики усредненных профилей личности

пациентов ОВГ и ХВГ с ИП накладываются и имеют достоверные отличия с контрольной группой. Такой ППЛ, с превышением пороговых показателей по шкалам 1, 3, 6 и 8, свидетельствует о наличии аффективно насыщенных идей, имеющих отношение к состоянию физического здоровья, с формированием трудно корригируемой концепции «внутренней картины болезни», характеризующейся избирательностью восприятия. Такой тип личностного реагирования характеризуется резистентностью к психотерапевтическим мероприятиям.

Установлено наличие корреляции большинства шкал ММИЛ у пациентов 1-й подгруппы с половыми различиями, возрастом, социальным статусом, уровнем занятости, что указывает на участие в формировании типа психологического реагирования конституциональной предрасположенности, врожденного темперамента и жизненного опыта больного в ходе его индивидуального развития. При ХВГ, помимо указанных факторов отмечена статистически значимая корреляционная связь с длительностью болезни, характером клинических проявлений, степенью активности процесса и лабораторными показателями, что свидетельствует об очевидном влиянии самой болезни на изменение профиля личности пациентов.

У пациентов 2-й подгруппы достоверно чаще встречались следующие варианты личностного восприятия ($p < 0,01$): с формированием концепции болезни (шкала 8) – у 27,2% больных ХВГ и у 21,3% больных ОВГ и с гипертимным аффектом (шкала 9) – у 23,7% больных ХВГ и у 30,8% больных ОВГ.

Анализируя личностные черты пациентов выявлено превышение уровня контроля по фактору О (неудовлетворенность ситуацией, тревожность), по фактору С (чувство беспомощности, неспособности справиться с жизненными трудностями), а также по фактору Q4 (преобладание пониженного фона настроения) у большинства пациентов исследуемых групп. Так, у больных с ОВГ такие личностные характеристики были отмечены у 60,3% больных, с ХВГ – у 70,6% больных (рис. 2).

Для больных ХВГ, наряду с личностными характеристиками, выявленными также у лиц с ОВГ, дополнительно было свойственно беспокойство о будущем (фактор F), социальная пассивность, повышенная чувствительность к угрозе, предпочтение индивидуального стиля поведения и общения в малой группе (фактор H). Описанные личностные черты у больных ХВГ имели устойчивый характер (сохранялись в течение 3-х месяцев наблюдения).

Учитывая важную роль высокого уровня тревожности в формировании стрессиндуцированных осложнений соматических заболеваний, у больных с ОВГ и ХВГ был определен уровень реактивной тревожности (РТ). Показано, что при поступлении в стационар у 62% ОВГ и 48% ХВГ диагностирован высокий уровень реактивной тревожности, клинически характеризующийся напряжением, беспокойством, озабоченностью, неопределенным волнением и раздражительностью. При этом, если в группе больных ОВГ в динамике (при выписке) доля лиц с высокой тревожностью уменьшилась в два раза ($p < 0,05$), то у больных ХВГ уровень РТ остался практически неизменным.

Выявлено, что при поступлении в стационар РТ у женщин с ОВГ была значимо выше, чем у мужчин, а показатели личностной тревожности (ЛТ) статистически не отличались. У женщин больных ХВГ показатели ЛТ и РТ на всех этапах исследования превышали показатели у мужчин и соответствовали высокому уровню тревоги (более 46 баллов). При корреляционном анализе обнаружена корреляционная связь возраста пациентов с показателями ЛТ ($r = 0,30$, $p < 0,05$ при ОВГ; $r = 0,34$, $p < 0,001$ при ХВГ) и РТ ($r = 0,63$, $p < 0,05$ при ОВГ; $r = 0,46$, $p < 0,01$ при ХВГ). Наибольшие значения РТ были у пациентов в возрасте старше 25 лет ($50,42 \pm 0,42$ балла при ОВГ, $50,22 \pm 1,52$ балла при ХВГ).

Проведенное исследование позволило выделить среди больных группу лиц с высоким уровнем как РТ, так и ЛТ, то есть находящихся в состоянии хронического психоэмоционального стресса (психической напряженности). Установлена прямая корреляционная связь уровней тревожности и 1, 2, 3, 7 и 8 шкалами профиля ММИЛ, и факторами F, O, C методики 16-ФЛЮ, отражающие тревожно-депрессивные черты личности. Сильная корреляционная связь уровня

СТ и 7 шкалы ММИЛ ($r=0,51$, $p<0,01$) указывает на прямое влияние уровня тревожности на изменение ППЛ.

Таким образом, в группе больных с высоким уровнем тревожности создается угроза психическому здоровью личности и высокая вероятность развития предневротических состояний и депрессивных проявлений.

Как видно из данных, представленных в табл.2, у лиц с высоким уровнем тревожности частота депрессивных расстройств во всех группах наблюдений примерно в 2-3 раза выше, чем у лиц с низким и средним уровнем тревожности. Важно отметить, что тяжелой депрессии по самооценочной шкале Зунга у больных вирусными гепатитами, во все периоды исследования, не выявлено.

У пациентов с наличием ипохондрических проявлений (1-я подгруппа) выявлены более высокие уровни как личностной, так и ситуативной тревожности (средний показатель превышал уровень 46 баллов), а также наличие расстройств депрессивного характера у большего процента пациентов (табл. 3). При этом, у пациентов 2-й подгруппы отмечены достоверно более низкие показатели тревожности и депрессивных расстройств во всех исследуемых группах.

При проведении дискриминантного анализа была построена частная математическая модель определения «коэффициента риска хронизации» для острого гепатита (КРХ). Выявлены следующие информативные показатели, а именно – шкала 1 (тест ММИЛ), фактор F (тест 16-ФЛО) и уровни СТ и ЛТ (тест Спилбергера-Ханина), что позволило вывести формулу расчета:

$$КРХ = -0,051 \cdot X_1 + 0,241 \cdot X_2 + 0,064 \cdot X_3 - 0,041 \cdot X_4 + 0,575,$$

где известные числовые значения являются величинами постоянными;

X_1 – показатель 1 шкалы (тест ММИЛ);

X_2 – показатель категории F (тесту 16-ФЛО);

X_3 – уровень ситуативной тревоги (тест Спилбергера-Ханина);

X_4 – уровень личностной тревоги (тест Спилбергера-Ханина).

При значениях КРХ меньше -0,439 вероятность риска хронизации является высокой, при значениях КРХ от 0,473 и выше - риск хронизации низкий. В

отличие от других методов прогнозирования, где в качестве прогностических критериев используются инвазивные или трудоемкие методики (степень фиброза, ИГА, динамика маркеров гепатитов и др.), эти психодиагностические тесты просты и широкодоступны.

Подводя итог можно отметить, что у больных ОВГ (чаще у женщин) в острый период заболевания преобладали тревожно-невротические черты и явления социальной дезадаптации, как реакция на факт острого соматического заболевания и обязательную госпитализацию. Данные явления носили кратковременный характер, на что указывает достоверное снижение показателей у пациентов по шкалам так называемой «невротической триады» профиля ММИЛ при выписке из стационара и снижение уровней тревоги и депрессивных расстройств. Изменения профиля личности при ОВГ, сопряженного с повышением уровня тревоги и депрессивных расстройств можно рассматривать как компенсаторную реакцию на развитие острой патологии. Профиль личности больных ХВГ характеризуется устойчивостью проявлений, наличием связи выраженности изменения шкал с длительностью заболевания, степенью активности процесса, что, в свою очередь, оказывает влияние на изменение психологического профиля личности пациентов с хронической патологией печени как проявление хронического стресса и, соответственно, стрессиндуцированное возникновение психопатологических изменений с развитием тревожно-депрессивных расстройств.

Таким образом, учитывая особенности психологического статуса пациентов с острой и хронической патологией печени, высокую частоту развития тревожных и депрессивных расстройств, возникает необходимость внедрения в алгоритм обследования больных острыми и хроническими вирусными гепатитами скрининговых психодиагностических тестов. Выбор указанных методик обусловлен их достаточной информативностью, простотой в использовании и интерпретации результатов. Это позволит не только оценить состояние пациента на данный момент и эффективность проводимой терапии, а также прогнозировать динамику развития процесса.

PSYCHOLOGICAL CONDITION OF THE PERSON AND THE COURSE OF HEPATOBILLIARY SYSTEM DISEASE

M.A. Nikulina, V.G. Lychev, I.E. Babushkin

Altay state medical university

Abstract. Peculiarities of psychological status in patients with acute and chronic viral hepatitis were studied. Influence of psychological status was determined. We applied MMPI, Cattell's, Stilbelger-Hanin and Zung tests to estimate psychological status. Peculiarities of psychological status in the form of hypochondriasis, autization, high anxiety, depression disorders were e more expressed in chronic viral hepatitis. The differences in psychological status related with sex and age were determined. Changes in psychosomatic status in patients with acute and chronic viral hepatitis during the disease progression were found out. Prognostic factor was calculated.

Key words: viral hepatitis, anxiety, depression, psychological status, prognosis.

Литература

1. Бабкин Д.И. Психические нарушения у больных хроническими диффузными заболеваниями печени: дис. ...канд. мед. наук. – М., 2001. – 24 с.
2. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многопрофильного исследования личности (в клинической медицине и психогигиене). – М., 1976. – 123 с.
3. Канищев А.В. Непсихотические расстройства психической сферы у больных вирусными гепатитами (клиника, диагностика, принципы психотерапии): автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Харьков, 2004. – 22 с.
4. Кинкулькина М.А., Игнатова И., Авдеева Т. и др. Депрессии у больных хроническим вирусным гепатитом С // Врач. –2008. – №7. – С.19-24.
5. Козько В.М. Михайлов Б.В., Канищев А.В. и др. Принципи організації психологічної та психотерапевтичної допомоги хворим на вірусні гепатити // Інфекційні хвороби. – 2001. – №2. – С. 82-83.
6. Лобзин Ю.В., Жданов К.В., Волжанин В.М. и др. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение. – СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2006. – 192 с.
7. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику (психологическое исследование). – М.: МГУ, 1987. – 168 с.
8. Онищенко Г.Г., Шахгильдян И.В., М.И. Михайлов. Вирусные гепатиты В и С в России // Гепатиты В, С и D – проблемы диагностики, лечения и профилактики : тез. докл. V Рос. науч.–практ. конф. – М., 2003. – С.230–235.
9. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М.: МедиаСфера, 2002. – 312 с.

10. Рыбакова Т.Г., Балашова Т.Н. Клинико-психологическая характеристика и диагностика аффективных расстройств: метод. рекомендации. – Л., 1988. – 120 с.
11. Сафонов, А.Д. Метаболические и иммунные взаимосвязи в патогенезе острого вирусного гепатита В, HCV-инфекции и их сочетанной формы: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1998. – 43 с.
12. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. – СПб.: ООО «Теза», 1998. – 336 с.
13. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. – Л.: ЛНИИФК, 1976. – 28 с.
14. Cattell R.B., Eber H.W., Tatsuoaka M.M. Handbook of the sixteen personality factors questionnaire (16PF). – Champaign Illinois, 1970. – 342 p.
15. Fontana R., Hussain K.B., Schwartz S.M. et al. Emotional distress in chronic hepatitis C patients not receiving antiviral therapy // J. Hepatol. – 2002. – Vol. 36, №3. – P. 401–407.
16. Fontana R. Neuropsychiatric toxicity of antiviral treatment in chronic hepatitis C // Dig. Dis. – 2000. – Vol. 18. – P. 107-116.
17. Forton D.M., Thomas H.C., Murphy J.M. et al. Hepatitis C and cognitive impairment in a cohort of patients with mild liver disease // Hepatology. – 2002. – Vol. 35, №2. – P. 433–439.
18. Niederau C., Bemba G., Kautz A. Socioeconomic characteristics, quality of life, and state of knowledge of patients with hepatitis C viral infection in Germany–socioeconomic aspects in hepatitis C // Z. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 44, №4. – P. 305–317.
19. Niederau C., Fischer C., Kautz A. Socio-economical aspects, quality of life and state of knowledge in hepatitis B patients. Socio-economical aspects in hepatitis B // Z. Gastroenterol. – 2007. – Vol. 45, №5. – P. 355–368.
20. Raison C.L., Borisov A.S., Bindley P. et al. Depression during pegylated interferon-alpha plus ribavirin therapy: prevalence and prediction // J. Clin. Psychiatry. – 2005. – Vol. 66, № 1). – P. 41-48.

21. Zacks S., Beavers K., Theodore D. et al. Social stigmatization and hepatitis C virus infection // J. Clin Gastroenterol. – 2006. – Vol. 40, №3. – P. 220–224.