

ЛИЧНОСТНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»

На основании клинического интервью и теста СМИЛ у 67 пациентов с желчнокаменной болезнью в раннем послеоперационном периоде было выявлено наличие дезадаптивных личностных феноменов в основном невротического характера в 61,7 % случаев. У 40 % пациентов диагностировано значимое увеличение шкал невротической триады, а также высокая подверженность гипнозозногностическому типу реагирования. Высокий профиль по шкалам 1(Hs) – «Сверхконтроль», 4(Pd) – «Импульсивность» и 9(Ma) – «Оптимистичность» свидетельствовал о выраженных характерологических отклонениях при желчнокаменной болезни. В то же время, у 45 % пациентов обнаружена склонность к возникновению конверсионных реакций, что обозначает психосоматическую предпосылку к возникновению желчнокаменной болезни. Совокупность этих явлений влечет за собой увеличение риска возникновения осложнений, что целесообразно учитывать при проведении предоперационной психологической подготовки и послеоперационных реабилитационных психокорректирующих мероприятий.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, личностный профиль, СМИЛ, психосоматические нарушения. **Keywords:** Cholelithiasis, personality profile, MMPI, psychosomatic disorders

A. A. Kirpichenko, F. A. Fomin

THE PERSONALITY PROFILE OF A PATIENT WITH CHOLELITHIASIS

Based on the clinic interview and MMPI test results the existence of disadaptive personal phenomena has been found during the early post-operative period in 67 patients with cholelithiasis, and largely of neurotic nature in 61,7 % of cases. 40 % of patients have been diagnosed with a considerable increase of neurotic triad and a high risk of vulnerability to hypnosis-ignition type of response. The high profile on the scales 1 (Hs) – «Hypochondriasis», 4 (Pd) – «Psychopathic Deviate» and 9 (Ma) – «Hypomania» demonstrate absolute character-related deviations when having cholelithiasis. Meanwhile, 45 % of the patients have reported to be prone to the emergence of conversion reactions, which explains the psychosomatic reason for cholelithiasis. The totality of these phenomena entails an increased risk of complications, what is worth considering during the pre-operational psych preparation as well as during the period of rehabilitation and psycho-corrective measures.

Key words: Cholelithiasis, personality profile, MMPI, psychosomatic disorders.

Заболееваемость желчнокаменной болезнью среди различных этнических групп населения варьирует от 3 до 15 % и составляет в среднем 4,6 % [9]. Лечение и реабилитация пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) – остается одной из актуальных проблем современной медицины.

Установлено, что более чем в половине случаев гастроинтестинальные расстройства манифестируют на фоне

тревожного и депрессивного синдромов, а так же в случаях выраженной астении. Это, в свою очередь, снижает эффективность лечения и реабилитационный период [1].

Эмоциональные факторы повышают риск развития хирургических патологий, в том числе желчнокаменной болезни. Они оказывают влияние на течение, а в определенной степени и на исход, заболевания. Исследования дают неоднозначные результаты, сходясь, однако, на том,

что у женщин эмоциональные факторы чаще приводят к усложнению течения заболевания, чем у мужчин [6].

Ласков В. Б. и Масалева И. О., изучая неврологический статус, когнитивные функции и эмоциональное состояние женщин, после лапароскопической холецистэктомии, установили, что наиболее частыми причинами предоперационного стресса являлись отсутствие уверенности в улучшении состояния после лечения (у 90 % обследованных), переживания, связанные с неэффективностью консервативного лечения и страх утраты работоспособности (82 %), а также страх болевого синдрома и смерти (73 %) [3].

На интенсивность болевого синдрома, у пациентов с хирургическими заболеваниями, в ранний послеоперационный период, в наибольшей степени влияют такие показатели, как тревожность, депрессия, экстраверсивность, уровень образования, наличие в анамнезе хронических болевых синдромов, а также расстройства эмоциональной сферы [10]. В то же время, наличие интроверсивных черт характера пациента влияет на сохранение болевого синдрома в течение года после оперативного лечения [7]. Porcelli P, изучая влияние алекситимии на возникновение желудочно-кишечных симптомов после лапароскопической холецистэктомии, сообщал, что пациенты с алекситимией чаще страдают от желудочно-кишечных симптомов, болевого синдрома и больше подвержены психологическому дистрессу, чем те, у кого не было выявлено алекситимии [8].

Как пример, среди пациентов с язвенной болезнью и синдромом раздраженного кишечника, в 41,4 % случаев выявляют невротические, связанные со стрессом соматоформные расстройства. У 29,3 % диагностированы аффективные расстройства (депрессивные и маниакальные эпизоды различной этиологии), у 23,6 % – органические расстройства, у 5,7 % – личностные и поведенческие расстройства. Коморбидность невротических расстройств с язвенной болезнью составляет 32,5 % [1].

При обзоре литературы нам не удалось найти данных подтверждающих, что желчнокаменная болезнь может иметь психосоматическую обоснованность. Также не было обнаружено конкретных критериев для проведения психокорректирующих мероприятий у пациентов с желчнокаменной болезнью.

Цель исследования – улучшение результатов лечения пациентов с желчнокаменной болезнью путем обоснования психокорректирующих мероприятий в до- и послеоперационный период, на основании анализа личностного профиля.

Материалы и методы

Выполнено патопсихологическое исследование 67 пациентов, проходивших лечение на базе «Витебской городской больницы скорой медицинской помощи», с диагнозом желчнокаменная болезнь. Исследование выполнено на 1–2 сутки после проведенной холецистэктомии. В исследовании приняли участие 57 женщин и 10 мужчин, средний возраст испытуемых – 45,65 лет (21,0; 65,0). По критериям недостоверности исследования из анализа были исключены 7 профилей (5 женщин и 2 мужчин).

Для изучения характерологического профиля пациентов проводились первичное интервьюирование и «Стандартизированный многофакторный метод исследования личности» [12]. Тест состоит из 566 вопросов-утверждений, требующих у испытуемого установить верно или не-

верно, относительно них, данное утверждение. Так как количество вопросов, определяющих каждую шкалу, не одинаково, то значения сырых баллов переводится в обобщенную стандартизированную единицу Т (Стэны). Значение 50Т является эмпирически установленной составителями теста усредненной нормой, значения в пределах 35–65Т рассматриваются как находящиеся в пределах нормы, одновременно являясь контрольными значениями для сравнения, значения 65–75Т рассматриваются как акцентирование черт личности, а значения, выходящие за пределы 75Т, и ниже 35Т, следует оценивать, как наличие дезадапционного феномена. Полученные эквивалентные баллы анализировали по 21 шкале. Первый блок – шкалы достоверности: L – «Лжи»-отражающая желание показать себя с лучшей стороны, F-«Достоверности»-позволяющее судить о достоверности указанных данных, K-«Коррекции»-отражает естественную защитную реакцию области личных переживаний. При превышении показателей одной из шкал выше 75Т, профиль принимался как недостоверный и исключался из анализа. Второй блок анализа включал шкалы: 1(Hs) – «Сверхконтроль», 2(D) – «Пессимистичность», 3(Hy) – «Эмоциональная лабильность», 4(Pd) – «Импульсивность», 5(Mf\Mm) – «Женственность\мужественность», 6(Pa) – «Ригидность», 7(Pt) – «Тревожность», 8(Sc) – «Индивидуальность», 9(Ma) – «Оптимистичность», 0(Si) – «Социальная интроверсия». Третий блок включал дополнительные шкалы, отражающие предпосылки нарушений психической сферы: «Общий эмоциональный стресс», «Конверсионная реакция», «Психическая заторможенность», «Отрицание симптомов», «Общая плохая приспособляемость», «Контроль над враждебностью», «Внутренняя рассогласованность», «Психоневроз» [5].

В качестве дополнительных параметров, оказывающих влияние на характерологические особенности пациентов, анализированы такие социодемографические факторы, как возраст, тип течения желчнокаменной болезни, количество детей, уровень образования, профессия.

Обработка полученных данных проведена при помощи программы Statistica 6.0 с использованием непараметрических методов обработки данных и выведением среднего значения, нижнего и верхнего квартилей; корреляционный анализ проводился с социодемографическими факторами, достоверными показателями считались значения при уровне $p < 0,001$.

Результаты и обсуждение

По шкале 1(Hs) – «Сверхконтроль» нарушение адаптации было у 13 пациентов (21,6 %), акцентированность по данному типу у 16 (26,6 %), среднее значение составило 64,2Т (55:72,4). По шкале 2(D) Пессимистичность» патологические значения были выявлены у 8 пациентов (13,3 %), акцентуация по этому типу у 12 (20 %), среднее значение составило 61,3Т (54:70). По шкале 3(Hy) – «Эмоциональная лабильность» дезадаптация была выявлена в 6 случаях (10 %), акцентуация личности по эмоционально лабильному типу у 12 пациентов (20 %), среднее значение было 58,3Т (48,9:66). По шкале 4(Pd) – «Импульсивность» нарушение адаптации зафиксировано у 14 пациентов (23,3 %) и еще у 14 (23,3 %) акцентуация личности, среднее значение составило 63,6Т (56:73). По шкале 5(Mf\Mm) – «Женственность\мужественность» 7 пациентов (11,6 %) имели низкие значения ($\leq 35Т$), говорящее об отсутствии должной личностной приверженности ген-

дерным характеристикам, у 3 мужчин (50 %) были выявлены высокие значения, говорящие о наличии акцентуации личности в этой сфере, среднее значение составило 47,6Т (42:55). По шкале 6(Pa) – «Ригидность» нарушение адаптации было у 5 пациентов (8,3 %), акцентуированная личность этого типа у 8 (13,3 %), среднее значение 56,6Т (48.7:62). По шкале 7(Pt) – «Тревожность», акцентуации характера были у 12 пациентов (20 %), а среднее значение составило 55,8Т (49:64). По шкале 8(Sc) – «Индивидуалистичность» значения, превышающие средние показатели личности, были у 6 пациентов (10 %), акцентуация личности по этому профилю – у 17 пациентов (28,3 %), среднее значение 60,9Т (52:68). По шкале 9(Ma) – «Оптимистичность» у 11 пациентов (18,3 %) были высокие значения шкалы, говорящие о патологизации характера, а у 13 (21,6 %) акцентуированность личности, среднее значение составляло 61,6Т (54:70,6). По шкале 0(Si) – «Социальная интроверсия» акцентуация личности отмечали у 7 пациентов (11,6 %), среднее значение по шкале составило 55,5Т (50:61).

Среди 8 анализируемых дополнительных шкал не регистрировались случаи, в которых наблюдались явления дезадаптации. Для анализа брались значения которые превышали 60Т, такой уровень значений отражает тенденцию к акцентуированию по этим шкалам. Наиболее часто, у 28 пациентов (46,6 %), отмечено повышение по шкале «Конверсионная реакция», среднее значение составляло 54,9Т (51:61). Высокие значения по шкале «Отрицание симптомов» выявлено у 15 пациентов (25 %), среднее значение 50,8Т (41:59,5). По шкале «Контроль над враждебностью» у 11 пациентов (18,3 %) тенденции к акцентуированию, среднее значение 50,9Т (40:59). Так же, 11 пациентов (18,3 %) имели высокие значения по шкале «Психоневроз», среднее значение 49,2Т (42:56). По шкале «Внутренняя рассогласованность» тенденции к нарушениям были выявлены у 8 пациентов (13,3 %), среднее значение 44,35Т (34,5:51); по шкале «Плохая приспособляемость» 5 у пациентов (8,3 %), среднее значение 44,4Т (39:50,8), по шкале «Общий эмоциональный стресс» 3 пациента (5 %) среднее значение 42,7Т (35:49), а «Психическая заторможенность» была выявлена только у одного пациента (1,6 %), среднее значение 36,0Т (29:43).

При анализе полученных данных, у 23 пациентов (38,3 %) не было выявлено повышений ни по одной базовой шкале, свидетельствующих о нарушении адаптации ($\geq 75Т$).

У 24 пациентов (40 %) была выявлена «Невротическая триада» – одновременное повышение в шкалах 1(Hs) – «Сверхконтроль», 2(D) – «Пессимистичность» и 3(Hy) – «Эмоциональная лабильность» до значений $\geq 60Т$. Гипостенический тип реагирования, как преобладающий ($\geq 60Т$ по каждой из шкал 2(D) – «Пессимистичность», 7(Pt) – «Тревожность» и 0(Si) – «Социальная интроверсия»), определился у 21 пациента (35 %), в то время как стенический ($\geq 60Т$ по каждой из шкал 4(Pd) – «Импульсивность», 6(Pa) – «Ригидность» и 9(Ma) – «Оптимистичность»), только у 13 пациентов (21,7 %), а у 26 пациентов (43,3 %) не был выражен преобладающий тип реагирования на стрессорные ситуации. При определении корреляции социодемографических факторов, с показателями личностного профиля, установлено, что значимое влияние возраст оказывал на шкалы 0(Si) – «Социальная интроверсия» ($K = 0,46$), 2(D) – «Пессимистичность» ($K = 0,45$), 9(Ma) – «Оптимистичность» ($K = -0,42$), а увеличение уровня обра-

зования на шкалы 4(Pd) – «Импульсивность» ($K = -0,38$) и 8(Sc) – «Индивидуалистичность» ($K = -0,36$).

Различные элементы дезадаптированных психологических черт имели 61,7 % обследованных пациентов. Наиболее часто обнаружены чрезмерные повышения ($\geq 65Т$) по шкале 1(Hs) – «Сверхконтроль» (48,3 %), такой уровень значений, согласно интерпретации теста, указывает на подавление спонтанности, чрезмерную нравственную требовательность как к себе, так и к другим, скупость эмоциональных проявлений, зачастую гиперсоциальность установок в качестве «фасада», за которым скрывается брюзгливость, раздраженность, назидательность интонаций; по шкале 4(Pd) – «Импульсивность» (46,6 %), эти люди нетерпеливы, у них наблюдаются стремление к риску, неустойчивый, часто чрезмерный уровень притязаний, высокая зависимость настроения и состояния от побед и поражений; по шкале 9(Ma) – «Оптимистичность» (40 %), что говорит о возникновении гипоманиакальных черт, экзальтированности, инфантилизма, а с точки зрения наличия соматических расстройств, о наличии гипонозогнозической реакции и преуменьшении значимости болезни и ее симптомов. У 45 % пациентов была обнаружена значительная тенденция к возникновению «конверсионных реакций», то есть преобразование внутриспсихического конфликта в соматические нарушения и симптомы. Стоит также отметить важность встречаемости (25 %) высоких показателей баллов в дополнительной шкале «Отрицание симптомов». Определена значительная склонность к проявлению у пациентов гипонозогнозической реакции. Из-за недооценки значимости болезни и симптомов у них чаще возникают осложнения, связанные с невыполнением врачебных предписаний и запущенность клинического состояния. Совокупность этих факторов влечет за собой увеличение риска возникновения осложнений [4].

У 24 пациентов (40 %) установлено повышение по шкалам «Невротической триады», которая зачастую наблюдается у лиц, страдающих расстройствами невротического спектра. Невротические реакции возникают в связи с нехваткой физических и психических ресурсов человека для реализации гармонично простроенного поведения в определенной ситуации. Значительно выраженная гипостеническая реакция (35 %) встречалась в полтора раза чаще, чем стеническая (21,7 %). У лиц, с преобладанием в профиле гипостенической реакции, наблюдается невротический вариант дезадаптации, который проявляется в виде реакции патологического торможения в ответ на ситуации психотравмирующего характера, в отличие от стенического типа реагирования, где дезадаптация реализуется через антисоциальные и асоциальные поведенческие реакции.

Склонность к отторжению в стрессовых ситуациях, при наличии предрасположенности к невротическим и конверсионным реакциям, которые мы наблюдали в исследуемой группе, позволяет выдвинуть гипотезу о наличии влияния психоэмоциональных факторов на развитие соматических проявлений при ЖКБ. При отсутствии должной коррекции нарушений, с течением времени возможно усугубление симптоматики и расширение клинической картины, несмотря на соматическое лечение [2].

На шкалы личностного профиля не оказывали значимого, достоверного влияния такие факторы как: профессия, количество детей, пол или тип проведенной операции, однако с увеличением возраста, снижалось зна-

□ Оригинальные научные публикации

чение шкалы «Оптимистичность» ($K = -0,42$), а с увеличением уровня образования, уменьшались значения шкал «Импульсивность» ($K = -0,38$) и «Индивидуалистичность» ($K = -0,36$). При учете преобладания, в наблюдаемой группе, патологизации этих шкал, такое влияние говорит о достоверно более гармоничном профиле у лиц старшего возраста с высоким уровнем образования.

Выводы

1. У 40 % пациентов, оперированных по поводу желчнокаменной болезни, обнаружено возникновение и переживание невротических реакций, на фоне склонности к гипонозогнозическим реакциям, в виде недооценки и отрицания симптомов.

2. У 45 % пациентов исследуемой группы обнаружена тенденция к возникновению конверсионных реакций, что может являться психосоматическим компонентом возникновения желчнокаменной болезни.

3. Высокий профиль по шкалам 1(Hs) – «Сверхконтроль», 4(Pd) – «Импульсивность» и 9(Ma) – «Оптимистичность» следует учитывать при проведении предоперационной психологической подготовки и послеоперационных реабилитационных психокорректирующих мероприятий.

Литература

1. *Карташова, И. Г.* Психосоматические соотношения при гастроинтестинальных заболеваниях в практике // Бюллетень сибирской медицины, 2008. – № 3. – С. 43–50.

2. *Кулаков, С. А.* Основы психосоматики. – Санкт-Петербург: Речь, 2003. – 288 с.

3. *Ласков, В. Б., Масалева И. О.* Влияние эндоскопической холецистэктомии на неврологический статус, когнитивные функции и эмоциональное состояние женщин с хроническим калькулезным холециститом // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 2013. – Т. 113, № 3, вып. 1. – С. 9–14.

4. *Смулевич, А. Б.* [и др.] Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1999. – Т. 99, № 4. – С. 4–16.

5. *Собчик, Л. Н.* Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ. – Санкт-Петербург, 2000. – 219 с.

6. *Jorgensen, L. S.* Long-lasting functional abdominal pain and duodenal ulcer are associated with stress, vulnerability and symptoms of psychological stress: A controlled study including healthy and patient controls. – Danish Medical Bulletin, 1996. – Vol. 43. – P. 359–363.

7. *Lyass, S.* [et al.] Laparoscopic cholecystectomy: What does affect the outcome? A retrospective multifactorial regression analysis // Surgical Endoscopy. – 2000. – Vol. 14(7). – P. 661–665.

8. *Porcelli, P.* [et al.] The influence of alexithymia on persistent symptoms of dyspepsia after laparoscopic cholecystectomy // The International Journal of Psychiatry in Medicine. – 2007. – Vol. 37. – P. 173–184.

9. *Stinton, L. M., Shaffer E. A.* Epidemiology of gall bladder disease: cholelithiasis and cancer // Gut and Liver. – 2012. – Vol. 6. – P. 172–187.

10. *Taenzer, P., Melzack R., Jeans M. E.* Influence of psychological factors on postoperative pain, mood and analgesic requirements // Pain. – 1986. – Vol. 24(3). – P. 331–342.