

## СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРЫ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ДО И ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Михайличенко Т.Г., Герасимова О.А., Жеребцов Ф.К., Гранов Д.А.

ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий», Санкт-Петербург

Основываясь на собственном опыте, авторы считали необходимым изучить особенности эмоциональных нарушений, что позволит понять механизм психической адаптации к болезни у больных до и после ОТП. В сравнительное исследование структуры эмоциональных расстройств у больных, составляющих самые многочисленные группы пациентов до и после трансплантации печени (ВГ и АИЗП), включено 129 человек, из них 75 – до ОТП при внесении в лист ожидания и 54 – через  $22 \pm 9$  суток после ОТП.

Выявлены различия в структуре эмоциональных расстройств: у пациентов с АИЗП до ОТП и ВГ после ОТП ярко выражена невротоподобная симптоматика, сочетающаяся с тревожно-депрессивными переживаниями и ипохондрическими фиксациями, их отличает высокий уровень личностной тревожности. Для пациентов с АИЗП после ОТП и ВГ до ОТП характерны умеренно выраженные невротоподобные расстройства астенического круга и невысокий уровень личностной и ситуативной тревоги.

*Ключевые слова:* трансплантация печени, эмоциональные нарушения, невротоподобные расстройства, личностная и ситуативная тревога и тревожность, вирусные гепатиты (ВГ), аутоиммунные заболевания печени (АИЗП).

## COMPARATIVE STUDY OF EMOTIONAL DISORDERS STRUCTURE IN PATIENTS BEFORE AND AFTER ORTHOTOPIC LIVER TRANSPLANTATION

Mikhaylichenko T.G., Gerasimova O.A., Zherebtsov F.K., Granov D.A.

Russian Research Center of Radiology and Surgical Technologies, Saint Petersburg

Being based on a private experience, authors considered necessary to study features of emotional disorders that will allow understanding the mechanism of mental adaptation to disease at patients before and after OLT. In comparative research of structure of emotional frustration at the patients making the most numerous groups of patients before transplantation of a liver (viral hepatitis and autoimmune liver diseases), 129 persons, from them 75 before OLT are included at entering into a waiting list and 54 to through  $22 \pm 9$  days after OLT.

Distinctions in structure of emotional frustration are revealed: at patients with autoimmune liver diseases before OLT and viral hepatitis after OLT the semiology combined with disturbing-depressive experiences and hypochondriac fixings is brightly expressed neurotic, them distinguishes high level of personal uneasiness. For patients with autoimmune liver diseases after OLT and viral hepatitis before OLT are characteristic moderately expressed neurotic frustration of an asthenia circle and low level of personal and situational anxiety.

*Key words:* transplantation of a liver; emotional frustration, personal uneasiness, disturbing-depressive experiences, viral hepatitis, autoimmune liver diseases.

### ВВЕДЕНИЕ

Проведенные ранее психологические исследования у больных до и после трансплантации печени [6–8], определили целесообразность сравнения эмоциональных расстройств в зависимости от вари-

анта патологии печени. Больные с циррозом печени вирусной этиологии (ВГ) и аутоиммунными заболеваниями печени (АИЗП) составляют самые многочисленные когорты больных в листах ожидания, и, соответственно, реципиентов трансплантата пе-

*Статья поступила в редакцию 31.01.11 г.*

**Контакты:** Герасимова Ольга Анатольевна, к. м. н., вед. научн. сотр. группы клинической трансплантологии РНЦРХТ.

**Тел.:** 8(812)596-90-96, моб. 8-981-814-89-86, **e-mail:** ren321@mail.ru

чени, поэтому именно эти группы больных стали предметом исследования.

При рассмотрении потенциального кандидата на трансплантацию, как правило, исключают ту психическую патологию, которая делает невозможной проведение операции (депрессия, шизофрения, психотические расстройства) [11–13]. Основываясь на собственном опыте [6, 8], авторы считают необходимым всестороннее изучение особенностей эмоциональных нарушений, которое позволит понять механизм психической адаптации к болезни у больных до и после ортотопической трансплантации печени (ОТП) и определить психотерапевтические мишени.

Особое внимание следует уделить изучению тревоги, которая, по современным представлениям, является эквивалентом субъективного переживания сигналов угрозы организму и личности, возникающих при нарушении личностно-средового взаимодействия [1]. Тревога и тревожность рассматриваются как многомерные и сложные по структуре психические феномены. Длительное психоэмоциональное напряжение при переживании тревоги может приводить к снижению мотивации к деятельности и трансформации тревожного состояния в депрессивное [1, 5], а депрессия, как известно, является противопоказанием к трансплантации печени.

Целью сравнительного исследования явилось изучение особенностей эмоциональных нарушений у больных АИЗП и ВГ.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всего обследованы 129 человек, из них 75 – до ОТП и 54 – после ОТП. Распределение по группам представлено в табл. 1. В группу больных ВГ включили больных с вирусными гепатитами В и С. В группу больных АИЗП вошли больные с аутоиммунным гепатитом, первичным билиарным циррозом печени и первичным склерозирующим холангитом. Исследования проводили на этапе наблюдения в листе ожидания и непосредственно перед выпиской больного из стационара с функционирующим трансплантатом печени в сроки  $22 \pm 9$  сут после ОТП.

Применяли разработанные и адаптированные в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева психологические методики, в том числе их компьютерные варианты:

- **Опросник невротических расстройств симптоматический (ОНР-СИ)** [4, 9] для количественного определения степени выраженности невротических расстройств и содержательного описания жалоб.
- **Интегративный тест тревожности (ИТТ)** [2] содержит шкалы, описывающие личностную тревожность и ситуативную тревогу. Выраженные в станайнах шкальные значения позволяют определить преобладающие компоненты в переживании тревоги.
- **Определение самооценки депрессии по опроснику В. Зунга** для диагностики уровня депрессивных расстройств [5].

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Жалобы астенического круга (утомляемость, раздражительность) и расстройства сна преобладают по частоте у пациентов до и после ОТП. Наибольший дискомфорт испытывают те пациенты, которые ожидают ОТП, особенно больные с АИЗП. Прогрессирование заболевания приводит не только к нарушению функций печени, но и к усугублению субъективных переживаний больными своего состояния. Больные отмечают не только раздражительность, но они фиксируются на этом состоянии, нередко даже не пытаются совладать с ним, объясняя свое поведение болезнью. Раздражительность часто связана с прогрессированием заболевания и теми физическими страданиями, которые испытывает пациент (нестерпимый кожный зуд, бессонница и т. д.). В то же время после ОТП выраженность дискомфорта, следовательно и жалоб, снижается. Проходит кожный зуд, восстанавливается сон и стабилизируется психо-эмоциональное состояние. До ОТП больные редко жалуются на боли, тогда как после операции эти жалобы закономерно доминируют (табл. 2).

Таблица 1

Распределение больных по гендерным и возрастным данным

Диагноз	До трансплантации печени		Средний возраст больных до ОТП	После трансплантации печени		Средний возраст больных после ОТП
	муж.	жен.		муж.	жен.	
АИЗП	5	50	$49,5 \pm 11,2$	1	24	$38,3 \pm 15,0$
ВГ	12	8	$42,5 \pm 9,1$	19	10	$38,7 \pm 11,8$
Всего	17	58		20	34	
			$p > 0,05$			$p > 0,05$

Таблица 2

**Частота выявления основных жалоб у больных в исследуемых группах**

Жалобы	Частота (%)			
	До ОТП		После ОТП	
	АИЗП	ВГ	АИЗП	ВГ
Повышенная утомляемость, вялость, слабость	95	80	100	100
Подавленное настроение, страхи, опасения	54	62	10	85
Раздражительность	75	64,5	35	30
Нарушения сна (чаще бессонница)	90	80	75	80
Снижение работоспособности	95	98	100	100
Кожный зуд	60	35	0	0
Выраженность болевых ощущений	35	28	91	90

Особенности структуры эмоциональных расстройств между группами пациентов до и после ОТП удалось выявить, проведя исследование, основанное на использовании указанных выше методик.

По методике ОНР-СИ высокий уровень невротоподобных расстройств наблюдался у пациентов с АИЗП до ОТП и у пациентов с ВГ после ОТП (табл. 3).

Таблица 3

**Выраженность невротоподобных расстройств (общий показатель) у пациентов с АИЗП и ВГ до и после ОТП (в баллах)**

	До ОТП	После ОТП
АИЗП	6,98 ± 0,04	5,5 ± 1,91
ВГ	5,45 ± 0,38	6,05 ± 1,35

Чем выше этот показатель, тем более эмоционально больные переживают свое актуальное состояние. Рассмотрение отдельных шкал позволило более детально оценить весь комплекс невротоподобных расстройств. Выраженность невротоподобных расстройств по шкалам у пациентов с АИЗП до и после ОТП (в баллах) представлена на рис. 1.

У больных с АИЗП до ОТП уровень выраженности невротоподобных состояний достоверно превышал показатели у пациентов с АИЗП в анамнезе после ОТП. Особенно выделялись показатели из шкал расстройств сна (57,8 ± 7,5 балла до ОТП и 45,0 ± 5,4 балла после ОТП, p < 0,05), астенических расстройств (52,4 ± 4,8 балла против 38,0 ± 6,2 балла, p < 0,01), нарушения социальных контактов (36,3 ± 5,4 балла против 23,0 ± 4,4 балла, p < 0,01).

Выраженность невротоподобных расстройств по шкалам у больных с ВГ до и после ОТП (в баллах) представлена на рис. 2.

По данным проведенного исследования, у больных с ВГ преобладали по выраженности расстройства сна (25,1 ± 6,5 балла до ОТП, 53,1 ± 6,4 балла после ОТП, p < 0,001), астенические (34,2 ± 7,0 бал-

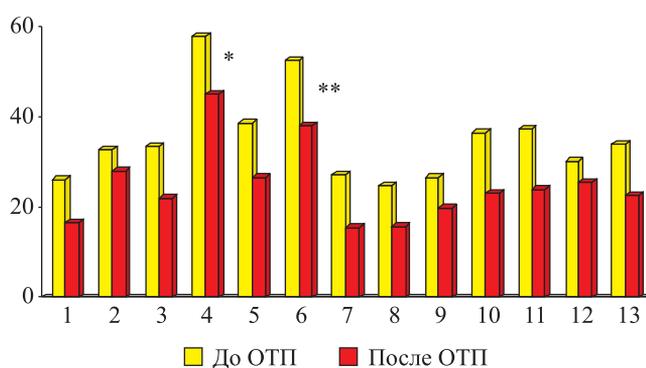


Рис. 1. Выраженность невротоподобных расстройств по шкалам у пациентов с АИЗП до и после ОТП (в баллах): 1 – тревожно-фобические расстройства; 2 – депрессивные расстройства; 3 – аффективная напряженность; 4 – расстройства сна; 5 – аффективная лабильность; 6 – астенические расстройства; 7 – сексуальные расстройства; 8 – дереализационные расстройства; 9 – обсессивные расстройства; 10 – нарушения социальных контактов; 11 – ипохондрические расстройства; 12 – ананкастические расстройства; 13 – сомато-вегетативные расстройства

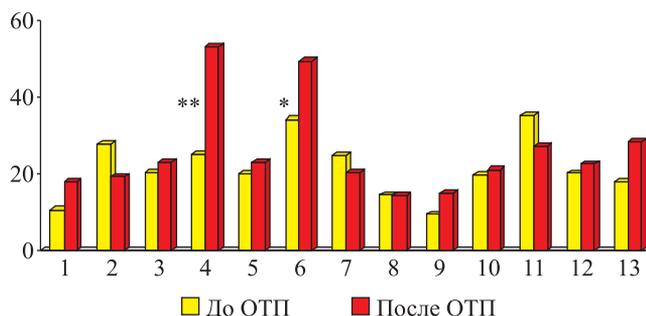


Рис. 2. Выраженность невротоподобных расстройств у больных ВГ до и после ОТП: 1 – тревожно-фобические расстройства; 2 – депрессивные расстройства; 3 – аффективная напряженность; 4 – расстройства сна; 5 – аффективная лабильность; 6 – астенические расстройства; 7 – сексуальные расстройства; 8 – дереализационные расстройства; 9 – обсессивные расстройства; 10 – нарушения социальных контактов; 11 – ипохондрические расстройства; 12 – ананкастические расстройства; 13 – сомато-вегетативные расстройства.

\* – достоверность различия (прим. научного редактора)

ла против  $49,3 \pm 5,2$  балла,  $p < 0,05$ ) и ипохондрические расстройства ( $35,3 \pm 2,8$  балла против  $27,2 \pm 4,5$  балла).

По результатам самооценочной шкалы В. Зунга, у пациентов изучаемых групп снижения фона настроения, физиологических признаков депрессии, а также психологических переживаний, сопровождающих депрессивный аффект, не выявлялось (табл. 4).

Таблица 4

**Уровень выраженности депрессии в группах больных с АИЗП и ВГ до и после ОТП (в баллах)**

	До ОТП	После ОТП	p
АИЗП	$48,74 \pm 2,64$	$42,73 \pm 5,54$	$<0,05$
ВГ	$45,82 \pm 2,69$	$47,47 \pm 7,39$	$>0,05$

Результаты исследования уровня личностной тревожности и ситуативной тревоги в изучаемых

группах (ИГТ) в стаянах представлены на рис. 3–6.

У пациентов с ВГ после ОТП оказались значительно превышенными показатели личностной тревожности по сравнению с нормативными данными и данными, полученными при изучении группы больных с ВГ до ОТП. Распределение по шкалам: астенический компонент ( $5,6 \pm 2,0$  стаяна до ОТП,  $7,6 \pm 1,2$  стаяна после ОТП), эмоциональный дискомфорт ( $5,5 \pm 1,5$  стаяна против  $7,1 \pm 1,1$  стаяна), общий показатель личностной тревожности ( $5,6 \pm 1,6$  стаяна против  $7,4 \pm 0,6$  стаяна), тревожная оценка перспективы ( $6,3 \pm 0,7$  стаяна против  $7,1 \pm 0,5$  стаяна). В то же время у пациентов с АИЗП до ОТП значительно превышены показатели по шкалам: астенический компонент (7,8 стаяна), тревожная оценка перспективы (7,5 стаяна), общий показатель личностной тревожности (7,5 стаяна) и фобический компонент (7,2 стаяна). После ОТП преобладал астениче-

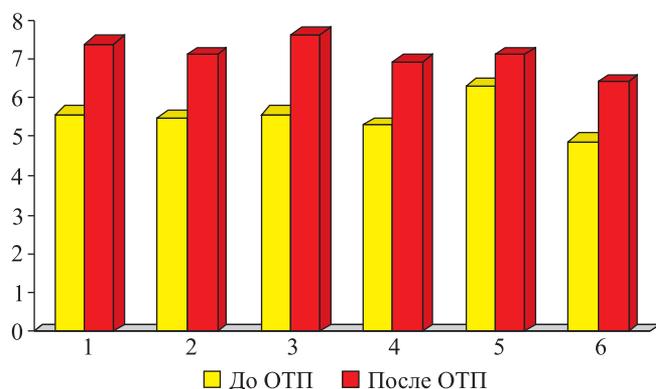


Рис. 3. Средние значения по шкалам личностной тревожности в группе пациентов с ВГ до и после ОТП

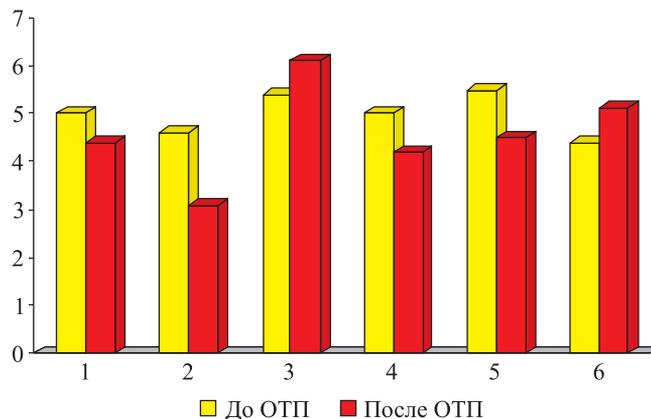


Рис. 5. Средние значения по результатам оценки ситуативной тревоги в группе пациентов с ВГ до и после ОТП

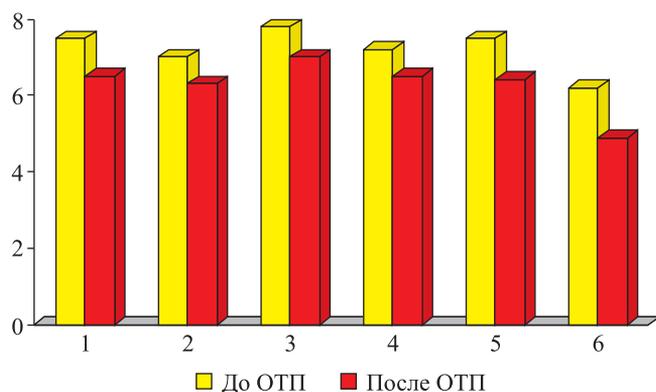


Рис. 4. Средние значения по шкалам личностной тревожности в группе пациентов с АИЗП до и после ОТП

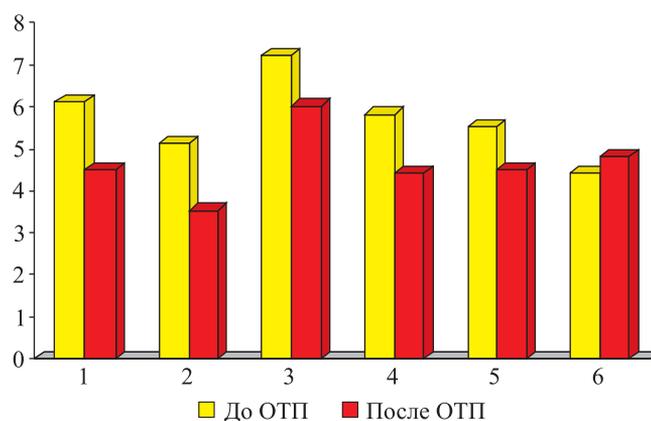


Рис. 6. Средние значения по результатам оценки ситуативной тревоги в группе пациентов с АИЗП до и после ОТП

Шкалы по оси абсцисс: 1 – общий показатель, 2 – эмоциональный дискомфорт, 3 – астенический компонент, 4 – фобический компонент, 5 – тревожная оценка перспективы, 6 – социальная защита; по оси ординат – стаяны, нормативные значения 4–6 баллов.

ский компонент. Таким образом, у пациентов с ВГ личностная тревожность проявляется после ОТП, а у больных с АИЗП тревожность достигает своего пика в состоянии до ОТП.

Оценка ситуативной тревоги в станайнах проводилась по шкалам: 1 – общий показатель, 2 – эмоциональный дискомфорт, 3 – астенический компонент, 4 – фобический компонент, 5 – тревожная оценка перспективы, 6 – социальная защита. Результаты изучения ситуативной тревоги представлены на рис. 5 и 6.

У пациентов с ВГ до ОТП выраженность тревожных переживаний, связанных с ситуацией болезни, не превышала нормативных значений. Ситуативная тревога у пациентов с ВГ после ОТП была выражена незначительно (астенический компонент  $6,1 \pm 0,5$  станайна). Для пациентов с АИЗП до ОТП характерны тревожные переживания ситуаций, связанных с самочувствием (астенический компонент  $7,2 \pm 0,4$  станайна), по другим шкалам показатели не превышали нормативных значений. У больных с АИЗП после ОТП показатели не превышали нормативных значений, что свидетельствует об относительно спокойном состоянии, в котором пребывали пациенты перед выпиской из стационара с функционирующим трансплантатом.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Для больных с ВГ до ОТП типичны депрессивно-ипохондрические расстройства. Феноменологически они проявляются в фиксации на своих ощущениях, тревожных переживаниях своего состояния. Находясь длительно в листе ожидания, больные нередко становятся инертными, пассивными, созависимыми от ближайшего окружения. Причинами могут быть не только прогрессирование основного заболевания, но и психологический конструкт, влияющий на эмоциональный фон отношения к болезни в целом. При этом у таких пациентов личностная тревожность не проявляется. Тревожные переживания не достигают уровня аффекта. Реальность как бы отодвигается на второй план, а на первый выходит усталость от борьбы за жизнь и принятие неизбежного конца.

У больных с ВГ после ОТП выявлены выраженные неврозоподобные расстройства астенического круга, прежде всего нарушения сна, самочувствия, а также вегетативные нарушения. В раннем послеоперационном периоде, когда происходит физическая реабилитация, привыкание больного к своему новому состоянию и психологическая адаптация, расстройства сна имеют стойкий характер (инсомния, частые пробуждения, поверхностный сон), доставляя пациенту выраженный дискомфорт, но по мере развития положительной динамики общего состояния расстройства сна постепенно прохо-

дят. Астенические расстройства сохраняются значительно дольше нарушений сна, хотя характер их несколько изменяется. Так, до ОТП пациенты с ВГ, описывая астеническую симптоматику, жаловались на раздражительность, подавленное настроение, страхи, снижение работоспособности, слабость. После ОТП пациенты с ВГ отмечали слабость, снижение работоспособности, но фон настроения был приподнятым, не было раздражительности, апатии. Таким образом, сохраняется физиологический компонент астенизации, но исчезает его психическая составляющая. Пациентов с ВГ после ОТП отличает высокая личностная тревожность, что характеризует их как впечатлительных, беспокоящихся, тревожно-мнительных личностей, при этом даже незначительные события могут спровоцировать переживания тревоги. Феноменологическим проявлением тревожности у данной категории пациентов является постоянное чувство беспокойства, переходящее в тревогу.

Для больных с АИЗП до ОТП характерен высокий уровень неврозоподобных расстройств. Доминирующими являются нарушения сна, которые проявляются в сложности засыпания. Большинство больных отмечают, что нарушения сна сопровождают их всю жизнь. Выраженный кожный зуд, который достигает степени невыносимого в терминальной стадии развития заболевания, еще больше усугубляет нарушения сна. Астенические расстройства проявляются выраженной слабостью, особенно в первой половине дня, раздражительностью, при этом у половины пациентов работоспособность сохраняется. Больные часто отмечают нарушения памяти и внимания. Для них характерны высокий уровень беспокойства и напряженности, высокая личностная тревожность. Феноменологическим проявлением тревожности является постоянное чувство беспокойства, переходящее в тревогу при стрессовых жизненных ситуациях. Со слов пациентов, с чувством беспокойства они «привыкли» жить, при возникновении стрессовой ситуации пытались прибегнуть либо к успокоительным медикаментозным препаратам, либо «не думать» о проблеме, путем «проговаривания» последней с людьми из своего близкого окружения или «уходом» в работу. Больные испытывают эмоциональный дискомфорт, не удовлетворены своей жизненной ситуацией, опасаются ухудшения состояния, в то же время боятся говорить о возможной трансплантации. Больным комфортнее находиться в неведении своего будущего, они стараются переложить свою ответственность на окружение (родственников, медицинский персонал).

После ОТП у реципиентов с АИЗП уровень неврозоподобных расстройств умеренно выражен. Пациенты отмечают положительную динамику сво-

его самочувствия буквально с первых дней после проведенной операции. Особенно это заметно у тех больных, кто ранее страдал от нестерпимого кожного зуда. Присутствуют расстройства астенического круга, расстройства сна, но они уже не являются очень значимыми для больного. Напротив, больные считают слабость, снижение физической активности, трудности засыпания и частые пробуждения ночью естественным состоянием после перенесенной операции. Перед выпиской из стационара с функционирующим трансплантатом пациенты с АИЗП нередко пребывают в состоянии эйфории.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование выявило различия в структуре эмоциональных расстройств у больных, составляющих самые многочисленные группы больных в листах ожидания и реципиентов трансплантатов печени. У пациентов с АИЗП до ОТП и ВГ после ОТП ярко выражена невротоподобная симптоматика, в структуре которой доминируют нарушения сна и астенический симптомокомплекс, которые сочетаются с умеренно выраженными тревожно-депрессивными переживаниями и ипохондрическими фиксациями.

Высокий уровень личностной тревожности отличает пациентов с АИЗП до ОТП и ВГ после ОТП. В ее структуре преобладают астенические, фобические компоненты и тревожная оценка перспективы, что свидетельствует о сложном сочетании типологических и психогенных факторов в формировании личностных предикторов эмоционального реагирования на ситуацию болезни в структуре тревожной личности.

Для пациентов с АИЗП после ОТП и ВГ до ОТП характерны умеренно выраженные невротоподобные расстройства астенического круга и невысокий уровень личностной и ситуативной тревоги.

Выявленные различия в структуре эмоциональных расстройств позволяют индивидуализировать вторичную психопрофилактику.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека // Л.: Наука, 1988. 270 с.

2. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Примененные интегративного теста тревожности (ИТТ): Методические рекомендации. СПб., 1997.

3. Вассерман Л.И., Березин М.А., Косенков Н.И. О системном подходе в оценке психической адаптации // Обозр. психиатр. и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 1994. № 3. С. 16–25.

4. Вассерман Л.И., Карвасарский Б.Д., Абабков В.А. и др. Психодиагностическая методика для определения невротических и невротоподобных нарушений (ОНР): Пособие для врачей и психологов. СПб., 1998.

5. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение. СПб.: Академия, 2003. 736 с.

6. Герасимова О.А., Михайличенко Т.Г., Жеребцов Ф.К. и др. Результаты психологического обследования больных с циррозом вирусной этиологии после трансплантации печени // Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2010. Т. XII. № 1. С. 27–33.

7. Герасимова О.А., Жеребцов Ф.К., Михайличенко Т.Г. Эмоциональные нарушения в психологической структуре личности больных вирусными гепатитами после трансплантации печени // Трансплантология. 2010. № 1. С. 111.

8. Герасимова О.А., Михайличенко Т.Г., Жеребцов Ф.К. и др. Некоторые теоретические аспекты комплексного клиничко-психологического исследования больных аутоиммунными заболеваниями с исходом в цирроз перед трансплантацией печени // Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2010. Т. XII. № 3. С. 62–68.

9. Aleksandrowicz J.W., Klaza K., Sobanski J.A. et al. KON 2006 Neurotic Personality Questionnaire // Psychiatr Pol. 2007. Vol. 41 (6). P. 759–778.

10. Braslavsky G., Rosas C., La Cava E. et al. Evolution of liver transplant patients at high psychosocial risk // Transplant. Proc. 1999. Vol. 31. P. 3060.

11. Skotzko C., Stowe J., Wright C. et al. Approaching a consensus: Psychosocial support services for solid organ transplantation programs // Prog. Transplant. 2001. Vol. 11. P. 163–168.

12. Bohachick P., Reeder S., Taylor M. et al. Psychosocial impact of heart transplantation on spouses // Clin. Nurs. Res. 2001. Vol. 10. P. 16–28.

13. Twillman R., Manetto C., Wellisch D. et al. The Transplant Evaluation Rating Scale. A revision of the psychosocial levels system for evaluating organ transplant candidates // Psychosomatics. 1993. Vol. 34. P. 144–153.