

Клиническая (медицинская) психология

УДК 159.972+316.356
ББК 88.4

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАНСПЛАНТИРОВАННЫМИ ОРГАНАМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Н.Ф. Климусева, Л.Т. Баранская, Т.В. Шмакова

В связи с неразработанностью вопросов психологической реабилитации пациентов с трансплантированными органами отмечаются организационный и диагностический аспекты психологической реабилитации, обеспечивающие необходимый уровень адаптации пациентов с донорским органом к привычной жизнедеятельности. При этом особое место при проведении психологической диагностики должно занимать исследование самооценки таких пациентов.

Материалы собственных исследований авторов свидетельствуют о наличии у пациентов специфических особенностей самосознания и самооценки, зависящих от меры оценки «присвоения – отчуждения» донорского органа, а также существенные различия в уровне беспокойства по поводу пересаженного им органа у реципиентов сердца по сравнению с реципиентами печени и почки. Сделан вывод, что пациенты с трансплантированными печенью и почками нуждаются в особой психологической помощи и поддержке.

Показано, что физические, эмоциональные и когнитивные изменения, связанные с трансплантацией органов, опосредованно (через отношение к собственному телу) проявляются в специфике отношения к себе и значимому окружению, в способности совладания с разрушительными аффективными состояниями, а также приводят к эмоционально-обусловленным дисфункциям в сексуальной сфере.

Ключевые слова: трансплантология, органное донорство, послеоперационная психологическая реабилитация пациентов, образ тела.

Проблема психологической реабилитации, направленной на полноценное возвращение пациентов для привычного устоявшегося функционирования на разных социальных уровнях, до сих пор остается одной из самых сложных, как в теории медицины и клинической психологии, так и на практике. Несмотря на наблюдаемый в последнее десятилетие явный интерес к этой проблеме в нашей стране и за рубежом, развернутых многоаспектных исследований явно недостаточно. Особенно их мало в инновационных областях медицины, например, таких, как трансплантология органов, поэтому очевидны проблемы, связанные с послеоперационной реабилитацией пациентов (Готье, 2012; Климусева, 2013; Ковтун и др., 2006; Михайличенко и др., 2011).

Большинство из представленных в литературе исследований имеют узкую специализацию и направлены на изучение одного или нескольких взаимосвязанных аспектов психо-

логической реабилитации чаще в контексте качества жизни, психологического благополучия или социально-поведенческого аспекта здоровья. Наряду с этим, пациенты с трансплантированными органами не рассматриваются как группа больных, перенесших «особые» операции и потому нуждающихся в специальных реабилитационных программах. С одной стороны, практически нет работ, изучающих психологическую реабилитацию хирургических пациентов с позиций психологии телесности, представлений о телесной целостности как ценности самосознания (образ «я», самооценка), обуславливающей специфические особенности личности, благодаря которым человек включен в общественную среду, культурные и коммуникативные процессы. С другой – концептуальная неразработанность вопросов психологической реабилитации существенно затрудняет исследование психологических механизмов саморегуляции у пациентов данной группы, которые, как по-

казано в фундаментальном исследовании А.Ш. Тхостова, выступают основанием психокоррекционной работы с больными, страдающими тяжелыми соматическими заболеваниями. Доказано, что опора на ценностно-смысловой уровень саморегуляции способствует восстановлению у пациентов в ходе психокоррекционной работы процессов смыслотворчества и смыслостроительства и позволяет не допустить превращение ими своего здоровья в единственное ценностное образование (Тхостов, 2002, с. 153–154).

Пациенты с трансплантированными органами, как и другие хирургические пациенты, в послеоперационном периоде испытывают эмоциональное напряжение, однако в отличие от последних, у реципиентов органов не возникает чувство безысходности и обиды, а также психотравмирующих переживаний, связанных с тревогой за здоровье в целом. Достоверно чаще у них возникает тревога за функцию нового органа и даже в ряде случаев эйфория от проведенного вмешательства.

Специфическая ситуация тяжелой хирургической болезни актуализирует у пациентов рассматриваемой группы мотив сохранения жизни, который становится главным побудительным мотивом их деятельности, необходимыми и осмысленными представляются лишь формы деятельности, направленные на лечение и связанные с потребностями физического существования. Более того, эти изменения не являются локальными, они изменяют как ретроспективную оценку себя и окружающих, так и проспективную, что сужает мотивационную сферу больного и, соответственно, приводит к сужению круга жизнедеятельности.

Цель настоящего сообщения состоит в освещении двух оснований психологической реабилитации, направленной на стабильное качество жизни в условиях продолжительного послеоперационного периода: организационного и диагностического, в целом обеспечивающих социальную, коммуникативную, личностную адаптацию пациентов, получивших донорский орган, к привычной жизнедеятельности.

Базой исследования являлось Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Свердловская областная клиническая больница № 1» (главный врач – д.м.н., профессор Ф.И. Бадаев).

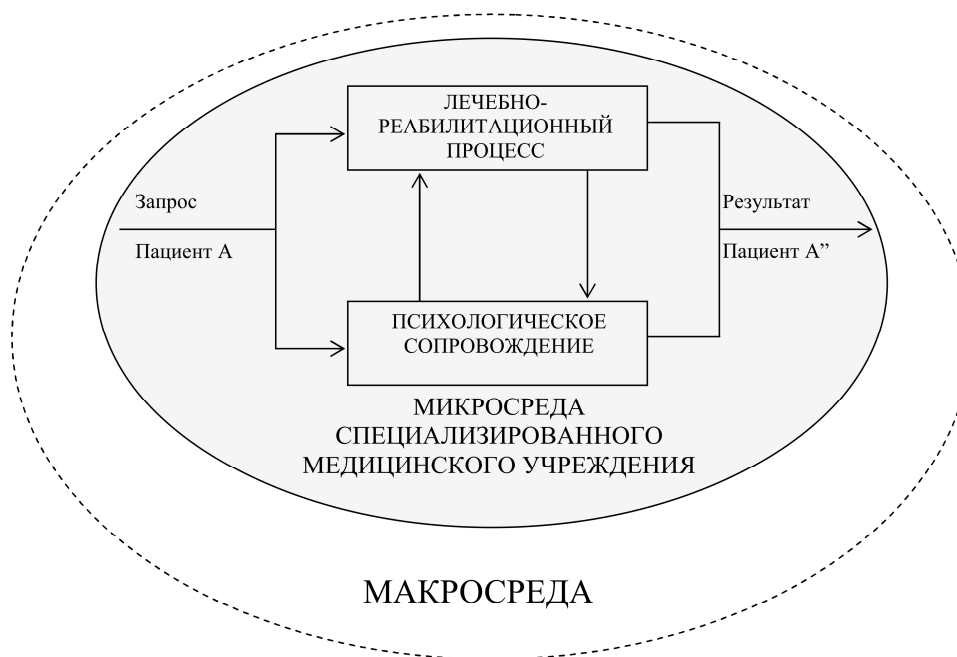
Теоретико-эмпирическое исследование проблемы. Опыт более чем десятилетней работы по описываемой проблеме позволяет говорить о том, что ее решение возможно при

условии рассмотрения психологической реабилитации в более широком социальном контексте, нежели взаимодействие «психолог – пациент». Большинство неудачных попыток внедрения психологического сопровождения в практическое здравоохранение связано, на наш взгляд, с отсутствием понимания роли медицинского психолога в лечебно-реабилитационном процессе. Несмотря на признание биопсихосоциального подхода и психосоматического единства, у большинства врачей существуют жесткие дисфункциональные представления о профессиональной деятельности, доминирование в сознании догматически усвоенных установок, ориентирующих на быстрый эффект, непонимание необходимости длительной работы с пациентом за пределами формально завершеного лечебного процесса.

Согласно принципу системности, успех любой деятельности определяется ее включенностью в устойчивую систему связей и отношений. Предлагаемая нами модель (см. рисунок) в качестве основного системообразующего фактора содержит принципиальный момент создания технологии психологической реабилитации: установление осознанных взаимосвязей между внешней средой и микросредой медицинского учреждения, которое позволяет упорядочить взаимодействие лечебной и психологической реабилитации в интересах самого пациента. Традиционное «противостояние» врачей и психологов, врачей и пациентов, сотрудников лечебного учреждения и ближайшего социального окружения пациентов теряет всякий смысл и преобразуется в полноценное сотрудничество. Исходя из этого, стратегические цели психологической реабилитации заключаются в создании условий, обеспечивающих высокий уровень возможностей пациента в его адаптации к условиям внешней среды и способствующих его активности во взаимоотношениях с этой средой (Климушева и др., 2013).

С учетом всех вышеперечисленных обстоятельств, наиболее удачной моделью внедрения психологической реабилитации пациентов с трансплантированными органами является последовательное и одновременное осуществление деятельности, реализуемой на трех уровнях:

– формирование организационной культуры медицинского коллектива лечебно-профилактического учреждения;



Система психологической реабилитации пациентов

– развитие совместных форм деятельности врачей и медицинских психологов, включенных в оказание медицинской помощи пациентам, например, в виде врачебно-психологического консилиума «проблемных» пациентов, семинаров по обучению формированию навыков комплайенса для врачей и среднего медицинского персонала;

– психологическое консультирование, психокоррекция и психотерапия пациентов на протяжении всего периода пребывания в стационаре и даже после завершения стационарного лечения.

В отличие от других видов хирургического вмешательства, трансплантология предполагает некоторые особенности контактов и отношений «врач-пациент». Результат трансплантологической операции в известной мере определяется взаимодействием комплекса субъективных условий, относящихся к личности и врача, и пациента: реалистичностью ожиданий по отношению к результатам, амбициозностью каждого из участников лечебного процесса, имеющимся у партнеров потенциалом сотрудничества. Ранее опубликованные исследования показывают, что психологически ориентированная лечебная идеология существенно влияет как на врачей, так и на состояние пациентов (Ковтун и др., 2006).

Таким образом, формирование толерантного отношения медицинского персонала к вопросам психологического обеспечения лечебно-реабилитационного процесса неизбеж-

но приводит к необходимости полноценной личностной психологической диагностики реципиентов.

Сравнение самовосприятия телесной целостности у пациентов с трансплантированными органами (сердце, печень, почки), проведенное на основе результатов исследований по тесту Роршаха и методике исследования образа тела по Т.Ф. Кэшу (Баранская, Татаурова, 2009), позволяет выявить специфические черты самосознания и самооценки, зависящие от «присвоения – отчуждения» донорского органа.

Оказалось, что наиболее адекватное восприятие целостного «я» характерно для реципиентов сердца, что проявляется в заметном улучшении качества их жизни и в ближайшем, и в отдаленном послеоперационном периоде. В то время как проявление положительных результатов у реципиентов почек и печени не так очевидно. Например, выявлены искажения в восприятии телесной целостности (чувство «чужеродности» донорского органа) у пациентов с трансплантацией печени и, соответственно, ухудшение качества жизни в среднесрочном трансплантационном периоде (от 1 года до 3 лет после операции).

Полученные нами данные соответствуют зарубежным исследованиям, проведенным с использованием опросников: «ТхEQ-D» (Опросник воздействия трансплантата) и «SF-36» (Опросник качества жизни), которые позволили сравнить психологические реакции у 370

пациентов с трансплантатом сердца, легкого, печени или почки (Engle, 2001).

В целом, было установлено, что у 72 % обследованных пациентов вырабатывается чувство ответственности за донорский орган и его функционирование. Это чувство усиливается в направлении ключевых взаимоотношений в микросоциальном окружении пациента (с членами семьи, друзьями, командой лечащих врачей и донором). С точки зрения психологической реабилитации этим обеспечивается перспективный реабилитационный прогноз и создается широкое поле для психотерапевтической деятельности (Климушева и др., 2013).

Только 11,6 % перенесших трансплантацию больных беспокоятся по поводу пересаженного органа, именно у них отмечаются эмоциональные трудности в восприятии трансплантата, возникают специфические трудности, связанные с принятием нового телесного статуса. Для них характерно переживание чувства вины и стыда, что серьезно осложняет психотерапевтический процесс.

У пациентов с трансплантированным сердцем отмечают значительно меньшую тревожность по сравнению с пациентами, которым трансплантировали печень или почки. В целом, лишь небольшая часть пациентов испытывает чувство вины по отношению к донору (2,7 % выборки), трудности при разглашении информации о своем статусе реципиента донорского органа (для 2,4 % обследованных) или проблемы комплаенса (3,5 %). Как отмечается в зарубежных исследованиях, лучший комплаенс устанавливают пациенты с пересадкой легкого – они демонстрируют тщательное выполнение всех медицинских рекомендаций.

Таким образом, для многих реципиентов донорского органа характерна зрелая психологическая реакция на полученный трансплантат.

Сравнительное исследование групп пациентов, получивших разные донорские органы, выявило значительное различие в степени выраженности беспокойства по поводу пересаженного органа у реципиентов сердца по сравнению с реципиентами печени и почки. В первом случае испытываемое беспокойство гораздо меньше. Полученные результаты на первый взгляд могут показаться удивительными, так как риск осложнений особенно велик в случае трансплантации сердца. Одно из возможных объяснений этого феномена за-

ключается в том, что пациенты этой группы, вероятно, осознают больший риск своему здоровью по сравнению с другими группами. Но в то же время, в силу примитивных психологических защитных механизмов (чаще – отрицание риска или изоляция аффекта), такие пациенты редко отмечают осознанное беспокойство по поводу трансплантата. Дополнительным фактором может являться интенсивность медицинского и психосоциального сопровождения таких пациентов, что также снижает уровень тревожности по поводу пересаженного органа.

При каждом повторном психологическом обследовании пациентов с трансплантированными печенью и почками особое внимание следует уделять опасениям реципиентов по поводу полученного донорского органа, а также обсуждать возникающие проблемы с членами их семей. В отдаленном послеоперационном периоде при исследовании психологической реакции на трансплантацию, в первую очередь, следует обращать особое внимание на проблему возможной коррекции дисфункциональной реакции.

При проведении психологической диагностики особое место занимает исследование самооценки пациентов с трансплантированными органами. Справедливо утверждается, что позитивная самооценка образа тела способствует развитию положительного отношения к результатам хирургической операции и служит буфером, защищающим от негативного воздействия событий и ситуаций, с которыми сталкивается индивид в дальнейшем. Напротив, негативная самооценка усиливает уязвимость образа тела и приводит к неблагоприятному течению последующей комплексной реабилитации. Также необходимо учитывать вариант перемещения самооценки в область труднодостижимого физического идеала (безусловно, здорового тела), что становится причиной необоснованных требований и претензий пациентов к работе врачей.

Также заслуживает внимания изучение самооценки в связи с действием психологического механизма личностных изменений, состоящих в перестройке иерархии мотивов и формировании ценностных систем. Известно, что самооценка является надежным прогностическим фактором позитивного восприятия телесной целостности, образа тела и самоидентичности личности (Соколова, 1989). По зарубежным данным, самооценка определяет 60 % дисперсии оценок влияния транспланта-

та на самоуважение и положительные эмоции (Libman et al., 2005).

Результаты собственных исследований, основанных на методике «Рисунок человека» К. Махвер и модифицированной Е.Т. Соколовой методики Дембо-Рубинштейн в целом не показали принципиальных различий в психологической адаптации реципиентов в соответствии с типом трансплантации (почки, сердце или печень), а также значительной разницы в самооценке и самоуважении у пациентов женского и мужского пола. В то же время, если пациентам мужского пола свойственна экстернализация психологических проблем и негативные эмоции, то пациенткам – большая интернализация проблем и низкая физическая самооценка.

Вместе с тем, сравнительное исследование пациентов с хроническими заболеваниями почек показало, что их самооценка и самоуважение наиболее зависят от характера и особенностей болезни и во многом ими определяются, а также оказывают существенное влияние на собственные представления о физической привлекательности и интимно-личностные отношения.

Оказалось, что реципиенты-женщины, получившие донорскую почку, чаще, чем мужчины, испытывают тревогу, страх, стыд, беспокойство, чувство вины. Изменения внешности у пациентов с трансплантированными органами (печенью и почками) разрушают образ тела и ставят под угрозу интимное отношение к своему телу, отчуждают тело, превращают его в некий физический объект.

Как отмечают зарубежные авторы, длительный период переживания физического дискомфорта, чрезмерная озабоченность внешним видом способствуют формированию генерализованной тревоги и могут спровоцировать развитие психических расстройств непсихотического уровня.

Таким образом, физические, эмоциональные и когнитивные изменения, связанные с трансплантацией органов, опосредованно, через отношение к собственному телу, проявляются в специфике отношения к себе и значимому окружению, в ресурсных возможностях совладания с разрушительными аффективными состояниями, обуславливают эмоционально-отношенческие дисфункции в сексуальной сфере. В некоторых случаях низкая самооценка, тревожность и душевный дискомфорт порождают у реципиентов самораз-

рушительное отношение к себе и значимым другим.

Отдавая должное когнитивной психотерапии, которая получила широкое распространение в клинической соматической практике, все же не следует ее абсолютизировать, поэтому в соответствии с заявленными теоретико-методологическими позициями используем возможности личностно-смысловой психотерапии, особенно значимой в работе со «сложными пациентами».

Как указывает Е.Т. Соколова, обращение к проблеме смысла жизни, каким бы образом оно не происходило, имеет большое терапевтическое значение, терапевтический эффект возникает вследствие избавления от внутренних конфликтов путем согласия с самим собой (Соколова, 2002, с. 348–353). Подробное обсуждение механизма «согласия с самим собой» можно найти у С.Л. Рубинштейна, который определяет смысл жизни как ценностно-эмоциональное образование, которое проявляется в принятии (отрицании) и реализации определенных ценностей; в усилении (снижении) их значимости; в удержании (потере) этих ценностей во времени и обстоятельствах жизни (Рубинштейн, 2003). Следовательно, иерархия ценностей, ее системный характер, согласование декларируемой и истинной иерархии жизненных ценностей, соответствие ценностей-целей средствам их достижения и т. д. обеспечивает устойчивое функционирование личности на разных уровнях жизнедеятельности, свидетельствует об отсутствии нарушений личности. Существенный вклад в практическую реализацию обозначенных теоретико-методологических указаний вносит психотерапевтическая концепция Ф.Е. Василюка (Василюк, 2003). Как указывает автор, сталкиваясь со сложной проблемой выбора и пытаясь найти утраченный «смысл жизни», человек, не имея в себе силы для принятия самостоятельного решения, обращается к психологу. Наиболее эффективной в таком случае будет разработанная Ф.Е. Василюком и апробированная нами операциональная структура выбора, состоящая из шести этапов. В ходе решения задач, стоящих перед пациентом на каждом этапе, происходит существенное изменение в системе ценностных ориентаций личности путем опосредствования личностного смысла связей и отношений человека с социальным миром, групповыми установками, стереотипами, образцами, ближайшим семейным окружением. Основную слож-

ность представляет этап актуализации глубинных ценностей. Поскольку попытка обрести утраченный жизненный смысл связана с необходимостью «перевода» обсуждаемой проблемы смысла из горизонтального ситуативного взвешивания в пользу мотива сохранения жизни в вертикальную плоскость принципиальной оценки данного мотива в связи с другими смыслообразующими мотивами. Более того, чем выше иерархическая ступень смысловых образований, тем эффективнее выбор направления деятельности, направленной на достижение желаемого результата позитивных изменений.

Таким образом, развитие отечественной клинической трансплантологии и дальнейшие успехи в длительном выживании и комплексной реабилитации пациентов с трансплантированными органами определяются не только высокопрофессиональной подготовкой медицинских специалистов (трансплантологов, реаниматологов, реабилитологов), но и участием медицинских психологов и психотерапевтов. Создание специализированной психолого-психотерапевтической службы для нужд трансплантологии будет способствовать повышению качества медицинской помощи.

Литература

1. Баранская, Л.Т. *Методика исследования образа тела* / Л.Т. Баранская, С.С. Татаурова. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2009. – 82 с.
2. Василюк, Ф.Е. *Методологический анализ в психологии* / Ф.Е. Василюк. – М.: Смысл, 2003. – 240 с.
3. Готьё, С.В. *Современное состояние трансплантологии в России* / С.В. Готьё // *Трансплантология*. – 2012. – № 4. – С. 14–19.
4. Климусева, Н.Ф. *Медико-социальные и психологические проблемы органного донорства: комплексный подход* / Н.Ф. Климусева, Л.Т. Баранская, Т.В. Шмакова // *Уральский медицинский журнал*. – 2013. – № 07(112). – С. 21–26.
5. Ковтун, О.П. *Психологическая составляющая профессиональной компетентности специалистов-врачей многопрофильного лечебно-профилактического учреждения* / О.П. Ковтун, С.И. Блохина, Л.Т. Баранская // *Проблемы управления здравоохранением*. 2006. – № 6(31). – С. 47–51.
7. Прокудин, В.Н. *Психотерапевтическая служба в соматической больнице* / В.Н. Прокудин // *Российский медицинский журнал*. 2004. – № 2. – С. 4–9.
8. Рубинштейн, С.Л. *Бытие и сознание. Человек и мир* / С.Л. Рубинштейн. – СПб.: Питер, 2003. – 512 с.
9. Соколова, Е.Т. *Психотерапия: Теория и практика* / Е.Т. Соколова. – М.: Издат. центр «Академия», 2002. – 368 с.
10. Соколова, Е.Т. *Самосознание и самооценка при аномалиях личности* / Е.Т. Соколова. – М.: Изд-во МГУ, 1989. – 215 с.
6. *Сравнительное исследование структуры эмоциональных нарушений у больных до и после ортотопической трансплантации печени* / Т.Г. Михайличенко, О.А. Герасимова, Ф.К. Жеребцов, Д.А. Гранов // *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. 2011. – № 2. – С. 52–56.
11. Тхостов, А.Ш. *Психология телесности* / А.Ш. Тхостов. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.
12. Engle, D. *Psychosocial Aspects of the Organ Transplant Experience: What Has Been Established and What We Need for the Future* / D. Engle // *J. of Clinical Psychology*. – 2001. – Vol. 57(4). – P. 521–549.
13. *Traumatic Stress Symptoms in Adolescent Organ Transplant Recipients* / L.L. Mintzer, M.L. Stuber, D. Seacord et al. // *Pediatrics*. – 2005. – Vol. 115. – № 6. – P. 1640–1644.

Климусева Наталия Федоровна, кандидат медицинских наук, засл. врач РФ, заместитель главного врача ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1» по медицинской части, доцент кафедры клинической психологии и психофизиологии, Уральский федеральный университет имени Первого Президента России Б.Н. Ельцина.

Баранская Людмила Тимофеевна, доктор психологических наук, доцент кафедры психиатрии ФПК и ПП ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет», медицинский психолог высшей категории.

Шмакова Татьяна Владимировна, медицинский психолог отделения амбулаторной экспертизы СОКПБ № 1, соискатель кафедры психиатрии ФПК и ПП ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет».

PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH ORGAN TRANSPLANTS IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

N.F. Klimusheva, regional clinical hospital № 1, Ural Federal University named after the First President of Russia B.N. Yeltsin, Yekaterinburg, Russian Federation.

L.T. Baranskaya, Ural State Medical Academy, a medical psychologist of the highest category, Yekaterinburg, Russian Federation, lubaran@rambler.ru

T.V. Shmakova, Ural Federal University named after the First President of Russia B.N. Yeltsin, Yekaterinburg, Russian Federation, shm-tanya@mail.ru

The purpose of this article is to highlight the two bases of psychological rehabilitation, aimed at a stable quality of life in conditions of prolonged postoperative period: organizational diagnostic and, in general, to ensure social, communicative, personal, adaptation of patients who received a donor organ, to the familiar life.

Comparative study groups of patients who received different donor organs, revealed a significant difference in the degree of concern about the transplanted organ recipients heart compared with liver and kidney recipients. In the first case to be concerned much less. The results obtained at first glance may seem surprising, since the risk of complications is particularly high in the case of a heart transplant. One possible explanation for this phenomenon is that the patients in this group may realize a greater risk to the health compared to the other groups. But at the same time, due to the primitive psychological defense mechanisms (often - denial of risk or isolation of affect), such patients rarely noted conscious concern about graft. An additional factor may be the intensity of medical and psychosocial support for these patients, which also reduces the level of anxiety about the transplanted organ.

However, a comparative study of patients with chronic kidney disease showed that their self-confidence and self-esteem most depend on the nature and characteristics of the disease and in many ways they are defined, and has a significant impact on their own ideas about physical attractiveness and intimate personal relations.

Keywords: transplantation, organ donation, postoperative psychological rehabilitation of patients, body image.

Поступила в редакцию 10 октября 2013 г.