

УДК 159.923.5:159.943(043.3)

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНА (ПОЧКИ)

А. С. Санковская

аспирант

Витебский государственный университет имени П. М. Машерова

Статья посвящена обоснованию психологического сопровождения пациентов до и после трансплантации органа (почки). Проведено эмпирическое и психодиагностическое исследование с целью изучения специфики переживания кризисной ситуации во взаимосвязи с состоянием здоровья категории граждан, получающих лечение программного гемодиализа, а также после трансплантации.

Ключевые слова: психологическая помощь, гемодиализ, трансплантация почки, психологические особенности, психотерапия, психодиагностика.

Введение

Согласно решению Всемирной Организации Здравоохранения в 2011 г. хронические заболевания почек включены в список представляющих угрозу для жизни человечества, поскольку два из десяти жителей планеты страдает от почечных заболеваний [1]. В социально-психологическом аспекте данная категория населения, как отмечают Н.Н. Савина, Л.М. Ткалич, Н.Н. Петрова, И.А. Васильева, Л.И. Зибицкая, характеризуются выраженной тревожностью, наличием депрессивных состояний и психологическим дискомфортом, который вызван диализной терапией. Гемодиализ позволяет дожить пациенту до того момента, когда он дождется своего донора. Человек становится в буквальном смысле зависимым от “аппарата”, что сказывается на психологическом состоянии пациента (снижение эмоционального подъема, стрессоустойчивости, а также самосознания в сложившейся ситуации).

На сегодняшний день если задачу существенного продления жизни больных с терминальной почечной недостаточностью можно в значительной степени считать решенной с точки зрения медицины, то вопрос о психологической помощи, протекающей в условиях лечения диализа и после трансплантации почки, остается открытым. Этот факт определяет актуальность и необходимость исследования особенностей психологической помощи пациентам на диализе и уже трансплантированных пациентов, опосредующих способы психологической поддержки с критической ситуацией на каждом из этапов лечения.

Основная часть

В настоящее время в отношении пациентов до и после трансплантации органов осуществляются мероприятия в рамках медицинской помощи по поддержанию функционирования организма в физиологическом аспекте с последующим планированием для них трансплантации органа. Анализ источников о состоянии и развитии мероприятий социально-психологической реабилитации данной группы реципиентов ограничивается зарубежным опытом (развитие мероприятий в рамках “Школы пациентов”) [1; 2; 3]. В свою очередь, мы попытались посредством психодиагностического и эмпирического исследования сформировать программу оказания психологического сопровождения до и после трансплантации.

© Санковская А. С., 2018

В рамках данной проблемы было проведено психологическое исследование на базе отделения гемодиализа Витебской областной клинической больницы. Мы наблюдали одного пациента на предмет его поэтапного психологического становления на протяжении всего периода лечения (до и после трансплантации органа). В психодиагностическом исследовании принимали участие еще 38 пациентов для выявления психологической симптоматики, улучшения психологического состояния данной категории пациентов.

В ходе исследования применялся дневниковый метод наблюдения, диагностическая беседа-интервью, где отражалось психологическое состояние пациента на каждом из этапов лечения. В дневник заносились наблюдения за пациентом, а также поэтапные изменения его психологического состояния. По итогам дневникового метода и диагностической беседы-интервью было отмечено следующее.

Воздействие различных оперативных вмешательств (формирование артериовенозной фистулы, установка периферического катетера), которые оказывают влияние на состояние пациентов, усиливает тревожность, депрессивную симптоматику и беспокойство, связанные с неясностью результатов лечения и фрустрацией от необходимости длительного нахождения в стационаре.

По итогам наблюдения мы выдвинули две основные проблемы, характерные для пациентов на этапе до трансплантации почки:

- 1) страх и апатия, свойственные сложной процедуре диализа, сопровождающейся болевыми симптомами;
- 2) слабость и перепады артериального давления.

Эффективная психокоррекционная работа с такого рода пациентами, находящимися на заместительной почечной терапии, невозможна без знания позиции больного по отношению к своему заболеванию. Отношение к болезни, как известно, отражает субъективную сторону заболевания и включает когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты. По существу, речь идет о “внутренней картине болезни”, отражающей ее переживание, личностный смысл, оценку прогноза и т. п.

Особенности отношения к болезни пациентов отделения гемодиализа изучались при помощи методики для психологической диагностики типов отношения к болезни ТООБЛ (Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова) [5].

В результате проведенного исследования наибольшее количество пациентов нами было отнесено к *сенситивный типу личности*, для которого характерны: чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Больные опасаются, что окружающие станут их жалеть, считать неполноценными, пренебрежительно или с опаской к ним относиться, избегать общения; боятся стать обузой для родственников. У пациентов наблюдались колебания настроения, связанные главным образом с межличностными контактами и потерей работы (21% больных).

Достаточно часто среди больных диагностировался *апатический тип личности*, для которого характерны: полное безразличие к своей судьбе, исходу болезни, результатам лечения; пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны; утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало. Вялость и апатия в поведении, деятельности и межличностных отношениях (13%).

У пациентов на гемодиализе преобладают *типы отношения к болезни второго и третьего блоков* (58% случаев), обуславливающие нарушения социальной адаптации больных (см. диаграмму 1). Эмоционально-аффективная сфера отношений у таких больных проявляется в неадаптивном поведении (реакции по типу раздражительной слабости; тревожное, подавленное, угнетенное состояние; “уход” в болезнь, отказ от

борьбы – “капитуляция” перед заболеванием). Данные пациенты характеризуются сенсублизованным отношением к болезни, которое проявляется в дезадаптивном поведении: они стесняются своего заболевания перед окружающими, “используют” его для достижения определенных целей, строят концепции паранойяльного характера относительно причин своего заболевания и его хронического течения, проявляют гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге [4].

При *типах отношения первого блока* психическая и социальная адаптация существенно не нарушаются. Больные, адекватно оценивая свое состояние, активно участвуют в лечении заболевания, соблюдают назначенный врачом режим и в то же время характеризуются стремлением преодолеть заболевание, неприятием “роли” больного, сохранением ценностной структуры и активного социального функционирования.

Кроме *гармоничного типа* реагирования, в первый блок включены *эргопатический* и *анозогностический типы*. Для больных с этими типами отношения к болезни характерно: снижение критичности к своему состоянию, преуменьшение “значения” заболевания вплоть до полного его вытеснения, иногда проявляющееся поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима, “уходом” в работу, отрицанием факта заболевания. Однако выраженные явления психологической дезадаптации у этих больных отсутствуют, что позволило условно включить их в один блок с гармоничным типом. Типы отношения к болезни первого блока встречаются значительно реже (9% случаев).



Диаграмма 1 – Типы отношения к болезни среди пациентов на гемодиализе

Таким образом, исходя из указанных выше данных, можно сделать вывод о преобладании среди пациентов типов отношения к болезни второго и третьего блока (58%), 21% испытуемых продемонстрировали сенситивный тип отношения, 13% респондентов охарактеризовались наличием астенического типа отношения к болезни и лишь у 9% обследуемых наблюдался тип отношения к болезни первого блока. Поэтому основной психологической помощью и поддержкой для данной группы пациентов является помощь в улучшении качества жизни (сплочение с целью справиться с внутренними переживаниями), а также помощь в “принятии” данного временного жизненного этапа.

Было предпринято решение разработать программу психологической реабилитации и помощи для больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении ГД (“Школа пациентов гемодиализа”), совместно с медицинским персоналом, работающим с пациентами, получающими лечение гемодиализом.

Разработка программы психологической реабилитации и помощи для больных, находящихся на лечении ГД.

Цель: Психологическая помощь в адаптации пациентам на гемодиализе.

Задачи:

1. Проведение психологического дебрифинга:

- использование мультидисциплинарного подхода информационного воздействия;
- проведение групповой дискуссии по обсуждаемым проблемам.

Продолжительность занятия составляет 40–50 минут, частота встреч – два раза в неделю.

Посещение занятий пациентами в свободные от диализа дни:

1-я группа: смены посещения диализа “понедельник – среда – пятница”;

2-я группа: смены посещения диализа “вторник – четверг – суббота”.

1-е занятие: вступительное, с участием психолога, а также других специалистов, непосредственно работающих с данной категорией пациентов. На занятии рассказывается о целях и задачах разработки программы “Школа для пациентов ГД”.

Поскольку состояние здоровья имеет сложную, многофакторную биопсихосоциальную детерминацию, осуществлять его коррекцию необходимо комплексно, интегрируя усилия специалистов различного профиля. С учетом этого была разработана и специальная психологическая реабилитационная программа для пациентов ГД, базирующаяся на мультидисциплинарном подходе с участием нефролога, диетолога, кардиолога, врача ЛФК, психолога. Каждый из этих специалистов, принимающих непосредственное участие в лечении и реабилитации больных, проводит лекционные занятия с пациентами с последующей дискуссией по теме занятий [5]. Часть занятий, проводимая психологом, осуществлялась в форме программы психогимнастики в тренингах (таблица 1).

Таблица 1 – Программа психогимнастики в тренингах

№ этапа	Название части занятия	Описание занятия
1	Подготовительная часть	<p>В подготовительную часть, как правило, входят упражнения, направленные на развитие внимания. Далее идут упражнения на снятие напряжения и сокращение эмоциональной дистанции. В первые занятия тренинг может состоять только из упражнений подготовительной части.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гимнастика с запаздыванием. Все повторяют за одним из участников группы какое-либо гимнастическое упражнение (с отставанием от ведущего на одно движение). Постепенно темп упражнения возрастает. 2. Передача ритма по кругу. Все участники группы повторяют вслед за одним человеком заданный ритм, хлопая в ладоши. 3. Передача движения по кругу. Один из членов группы начинает движение с воображаемым движением так, чтобы его можно было продолжить. Далее это движение продолжается соседом, пока предмет не обойдет всю группу. 4. Зеркало. Группа разбивается на пары, и каждый повторяет движения своего партнера. 5. Для снятия напряжения используются разнообразные подвижные игры, соревнования по типу “третий лишний” и простейшие движения (к примеру, “я хожу по горячему песку”, “тороплюсь на работу”, “иду к врачу”). 6. Для сокращения эмоциональной дистанции применяются упражнения, которые предусматривают непосредственный контакт (к примеру, успокоить обиженного человека, сесть на стул, который занят другим человеком, с закрытыми глазами передать чувство по кругу с помощью прикосновения).

Окончание таблицы 1

№ этапа	Название части занятия	Описание занятия
2	Пантомимическая часть	<p>Здесь выбираются темы для пантомимы, которую представляют люди. Темы могут предлагаться психотерапевтом или самими клиентами и могут касаться проблем всей группы или проблемы конкретного человека. Обычно в этой части используются следующие темы.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Преодоление трудностей. Здесь затрагиваются повседневные проблемы и конфликты. Каждый член группы показывает, как справляется с ними. • Запретный плод. Каждый из клиентов должен показать, как ведет себя в ситуации, когда не может получить желаемое. • Моя семья. Клиент выбирает несколько человек из группы и представляет их таким образом, чтобы проиллюстрировать отношения в его семье. • Скульптор. Один из участников тренинга становится скульптором – придает остальным членам группы те позы, которые, по его мнению, лучше всего отражают их особенности и конфликты. • Моя группа. Члены группы должны быть расставлены в пространстве так, чтобы расстояние между ними отражало степень эмоциональной близости. • “Я”. Темы, которые относятся к проблемам конкретных людей: “каким я кажусь”, “каким я хотел бы быть”, “моя жизнь” и т. д. • Сказка. Здесь участники тренинга изображают различных сказочных персонажей. <p>После выполнения каждого задания группа обсуждает увиденное, каждый высказывает свое мнение о ситуации, говорит о возникших переживаниях.</p>
3	Заклочительная часть	<p>Заклочительная часть психогимнастики предназначена для снятия напряжения, которое могло возникнуть в процессе пантомимической части, освобождения от сильных эмоций, повышения сплоченности группы и роста доверия. В этой части используются упражнения из подготовительного отдела.</p> <p>Обычно для большего эффекта психогимнастики используется музыка, которая сопровождает упражнения. Чаще всего используют классическую музыку, а также звуки природы.</p>

По завершении занятий пациентам было задано домашнее задание: подумать и записать на листок важный вопрос, волнующий пациента на данном этапе лечения – заместительной почечной терапии, который он хотел бы задать психологу и психотерапевту на следующем занятии, а также краткий опрос, как участники занятия относятся к разработке данной “Школы” и чего они ждут от дальнейших занятий.

Таким образом, за время посещения занятий в “Школе пациентов гемодиализа” отмечена положительная динамика таких показателей качества жизни, как социальное функционирование, психическое здоровье, выраженность ограничений в повседневной деятельности из-за эмоционального состояния. Сочетание информационного воздействия со свободной групповой дискуссией помогло пациентам раскрепоститься и ближе узнать друг друга. Наблюдалась эмпатия и рефлексия между участниками в ходе занятий. Они способствуют выработке мотивации на соблюдение режима и закреплению моделей поведения, оптимальных в условиях лечения гемодиализом.

Следует отметить тот факт, что на каждом занятии увеличивалось количество участников в процессе дискуссии, пациенты стали более “открыты”, многие не верили, что, придя на первое занятие, обретут какую-либо помощь. Большинство пациентов отметили, что из занятия в занятие они все больше начинали проявлять себя: высказывали свою точку

зрения, в процессе психогимнастики демонстрировали свои способности. Заболевание откладывает на личности свой отпечаток, многие “уходят в болезнь”, пациенты, живя “искусственной жизнью”, иногда поглощены ей и теряют свое истинное “Я”. Этот важный психологический аспект в ходе проведения занятий был зафиксирован у наблюдаемого пациента, а также у большинства участников.

Предлагаемый способ психологической реабилитации стимулирует активность больных, способствует выработке навыков контроля над своим состоянием и ходом лечения, повышает ответственность за выполнение врачебных рекомендаций и результаты лечения. Пациенты чувствуют себя полноправными участниками лечебного процесса, а не просто “объектами” терапии, что способствует повышению удовлетворенности жизнью. При этом больные находились на разных этапах лечения. Непосредственный, “живой” контакт в группе создавал условия для обмена опытом между больными, получающими диализ длительное время, и “новичками”, что давало перспективу новым больным.

С целью проверки эффективности разработанной программы психологической реабилитации и помощи для больных, находящихся на лечении ГД (“Школа пациентов гемодиализа”), была проведена вторичная психологическая диагностика с помощью методики типов отношения к болезни ТОБОЛ (Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова).

По результатам проведенной повторной психологической диагностики методики ТОБОЛ было выявлено: преобладание сенситивного типа отношения к болезни имеют 15% пациентов, астенического типа – 12%, тип отношения к болезни второго и третьего блока – 48% и тип отношения к своему заболеванию первого блока (гармоничный, эргопатический, анозогнозический) имеют 25% диагностируемых пациентов. Отсюда следует, что у пациентов данной группы наблюдается положительная динамика в психологическом плане на этапе до трансплантации почки, в период лечения сеансов гемодиализа.

У наблюдаемого пациента были выявлены типы отношения к болезни третьего блока (сенситивный, эгоцентрический, дисфорический, паранойяльный), характеризующегося интерпсихической направленностью личностного реагирования на болезнь.

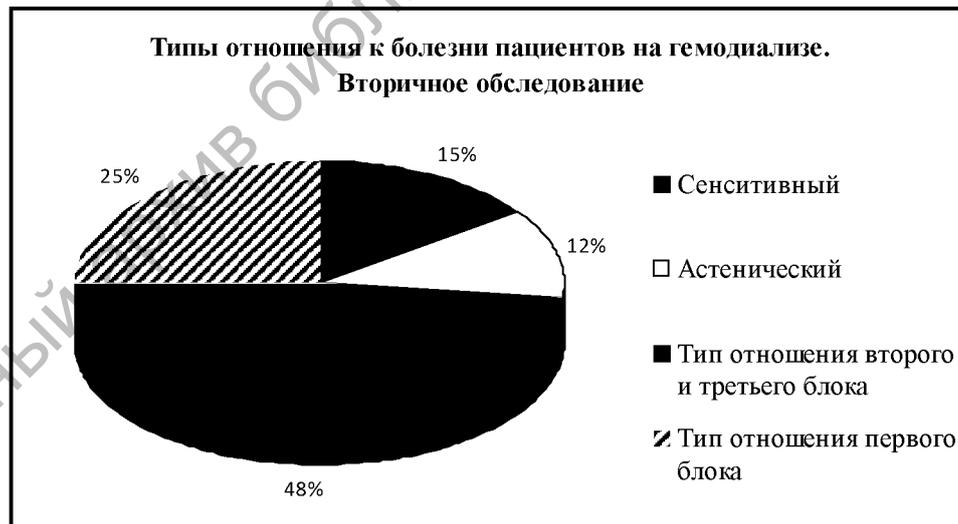


Диаграмма 2 – Типы отношения к болезни среди пациентов на гемодиализе

Таким образом, опыт разработки программы психологической реабилитации и помощи для больных, находящихся на лечении ГД (“Школа пациентов гемодиализа”), свидетельствует об улучшении динамики психологического состояния пациентов, получающих лечение заместительной почечной терапией – гемодиализом.

В ходе дальнейшего исследования, учитывая беспокойство пациента на этапе после трансплантации, было решено оказать ему психологическую помощь (справиться с тревожностью и неуверенностью в себе). Было проведено психокоррекционное исследование симптомов с помощью метода “символдрамы” [5]. Динамика улучшения/ухудшения психологического состояния пациента на этапе после трансплантации почки, благодаря методу “символдрамы”, также фиксировалась в дневнике наблюдения. В ходе проведения сеансов метода “символдрамы” важно отметить, что субъективные и объективные улучшения в состоянии пациента появились уже после первого сеанса. Однако наблюдалась негативная динамика в соматическом состоянии. Как отметил сам пациент, ему интересен процесс участия, однако в ранний период после трансплантации ему иногда тяжело в физическом плане. Соматическая симптоматика выражалась в периодическом несильном головокружении в конце сеансов, ощущении общей усталости, учащении сердцебиения. Как заметил лечащий врач, все описанные реакции были незначительными, не требовали прерывания сеансов и прекращались к концу обсуждения пережитого образа без каких-либо специальных мероприятий. Использование данного психотерапевтического метода помогло пациенту отвлечься от мысли наличия “чужого” органа в своем теле, а также “принять себя”.

Заключение

Анализируя результаты психодиагностической, психотерапевтической работы в оказании психологической помощи пациенту до и после трансплантации почки, можно сделать вывод о том, что каждый случай психологического состояния не может быть назван конкретным.

До трансплантации больному проводилась заместительная почечная терапия – гемодиализ, отмечалось наличие у пациента тревожности, апатии, депрессивных расстройств, поэтому в этот период нужно помочь пациенту реабилитироваться. Для наиболее точной картины отражения двухэтапной психологической помощи пациенту как до, так и после трансплантации нами наблюдался один пациент, чьи психологические особенности на протяжении всего исследования удалось изучить полностью (таблица 2).

Таблица 2 – Психологические особенности расстройств до и после трансплантации

До трансплантации (гемодиализ)	После трансплантации почки
<ul style="list-style-type: none"> • депрессивные расстройства • состояния ипохондрии • плаксивость • апатия (“уход в себя”, безразличие) 	<ul style="list-style-type: none"> • тревожность (“Я стал другим”) • неуверенность (боязнь восприятия “тебя” социальной средой) • раздражительность и резкие перепады настроения (как следствие приема иммуносупрессии)

Как показали результаты исследования, период после трансплантации характеризуется тревожными расстройствами, проявляющимися в чувстве собственной неполноценности (нахождение “чужака в своем теле”), а также чувстве скованности в восприятии данной категории пациентов в социальной среде. Это говорит о том, что психологическое благополучие неразрывно связано с соматическим здоровьем.

Проведенная работа положительно повлияла на психологическое состояние пациентов, оправдывая тем самым востребованность рассмотрения индивидуального

случая оказания психологической помощи данной категории населения не только в Витебском регионе, но и в республике в целом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. **Богдан, Е. Г.** Условия для психологического здоровья личности пациентов до и после трансплантации органов / Е. Г. Богдан, М. А. Глыцок, И. С. Мирончук // Специалист XXI века: психолого-педагогическая культура и профессиональная компетентность : материалы IV Международной научно-практической конференции. – Барановичи : БарГУ, 2015. – С. 14–17.
2. **Есько, Д. Б.** Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах : метод. пособие / Д. Б. Есько, Г. С. Исурина, Е. В. Койдаковская. – СПб., 1999.
3. **Петрова, Н. Н.** Тревожные расстройства у больных с ХПН в условиях лечения гемодиализом / Н. Н. Петрова // Нефрология. – 1997. – № 2.
4. **Муладжанова, Т. Н.** Психологический анализ изменений личности у больных ХПН, находящихся на лечении гемодиализом : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Т. Н. Муладжанова. – Москва, 1995.
5. **Изард, К. Э.** Психология эмоций / К. Э. Изард, Х. Дейч. – СПб., 1999.

Поступила в редакцию 10.04.2018 г.

Контакты: steshce4ka@mail.ru (Санковская Анастасия Степановна)

Sankovskaya A. PSYCHOLOGICAL CARE OF PATIENTS BEFORE AND AFTER ORGAN (KIDNEY) TRANSPLANTATION.

The article substantiates the need of the psychological support of patients before and after organ (kidney) transplantation. An empirical and psychodiagnostic study was conducted to study the specifics of experiencing a crisis situation by patients receiving treatment of program hemodialysis and treatment after transplantation.

Keywords: psychological care, hemodialysis, kidney transplantation, psychological features, psychotherapy, psychodiagnostics.