

Риск расстройств личностной адаптации у пациентов с трансплантированными внутренними органами

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

The risk of personality adaptation disorders in patients with transplanted internal organs

N. F. Klimusheva, L. T. Baranskaya, T. V. Shmakova

Резюме

В статье обсуждаются результаты клинко-психологического исследования, проведенного с использованием проективной методики чернильные пятна Роршаха. Авторами показано, что наряду с медицинскими проблемами по обеспечению полноценного функционирования пересаженного органа возникают сложные психологические проблемы пациентов, получивших «неродные» донорские органы. В этой связи обосновывается положение о том, что успехи трансплантологии во многом обусловлены идентификацией психологических проблем, нерешенность которых создает высокий риск психосоматических нарушений у пациентов. Помимо выявления объективной патологии и болезненных состояний, обосновывается необходимость психолого-психиатрического наблюдения пациентов с целью снижения тяжести расстройств личностной адаптации и создания условий для установления комплайенса, психотерапевтической интервенции в лечение и реабилитацию.

Ключевые слова: нарушение личностной адаптации, пациенты с трансплантированными внутренними органами, клинко-психологическая диагностика, установление комплайенса

Summary

The article presents the results of a clinical psychological research conducted by means of the Rorschach ink blot projective test. It is shown that along with medical problems concerning good functioning of the transplanted organ, patients who have received 'alien' donor organs face complicated psychological problems. The authors maintain that successful treatment depends on whether patients' psychological problems have been identified, whereas unresolved problems may result in psychosomatic disorders. Apart from revealing abnormal and painful conditions, it is essential to provide psychological and psychiatric follow-up in order to facilitate personal adaptation and establish compliance and psychotherapeutic intervention during treatment and rehabilitation.

Keywords: personal adaptation dysfunction, patients with inner organ transplants, clinical and psychological check-up, compliance establishment.

Актуальность проблемы

Качественные изменения среды обитания и человеческой жизни во многом обусловлены развитием высоких технологий в современной медицине, которые существенно меняют традиционные взгляды на проблемы жизни и смерти. Операции по трансплантации донорских внутренних органов, направленные на сохранение жизни пациентов, с 80-х годов прошлого века стали неотъемлемой частью лечебного процесса. Количество таких операций неуклонно возраста-

ет. Качественный анализ катamnестических данных позволяет сделать вывод о том, что у пациентов существенно улучшается физическое состояние, физическая активность и качество жизни в целом [1]. Несмотря на то, что за трансплантологическими операциями, как наиболее эффективным способом сохранять и увеличивать продолжительность жизни безнадежных больных будущее, их влияние на качество жизни пациентов не столь однозначно. Наряду с медицинскими вопросами по обеспечению функционирования пересаженного органа и проведению иммуносупрессивной терапии, возникает ряд психологических сложностей у тех, кто получил «неродные» донорские органы.

Как показано в ряде исследований [2], решение психологических и этикопсихологических вопросов трансплантологии гораздо сложнее преодоления барьера несовместимости организмов реципиента и донора, в связи с высокой вероятностью развития кризиса самоидентичности, обуслов-

Климушева Наталья Федоровна – к.м.н., заместитель главного врача по стационару ОКБ №1, врач высшей категории.

Баранская Людмила Тимофеевна – к.п.н., доцент, зав. кафедрой клинической психологии Уральского государственного университета им. А.М. Горького, медицинский психолог высшей категории

Шмакова Татьяна Владимировна – ассистент кафедры клинической психологии Уральского государственного университета им. А.М. Горького

ленного, у части пациентов, патопластичными предрасположениями в виде личностных пограничных и нарциссических акцентуаций. Следовательно, успехи трансплантологии во многом обусловлены идентификацией психологических проблем, нерешенность которых создает высокий риск психосоматических нарушений, поскольку только устойчивость и пластичность образа физического Я позволяет пациентам успешно адаптироваться к внутренним телесным изменениям, связанным с жизнеобеспечивающим оперативным вмешательством [3].

Согласно теоретико-методологической концепции современной отечественной клинической психологии, самосознание личности рассматривается как высшая форма развития личностной интеграции, которая подчиняется тем же закономерностям развития, что и «порождающая» его личностная структура [4]. Из этого следует, что любые телесные трансформации, изменяя личностную структуру, интегрируя или разрушая ее, одновременно влияют на образ физического Я, телесную самоидентичность, определяют ее пространственно-временные границы. Руководствуясь представленной методологией исследования, представляется возможным выделить, по меньшей мере, два основных варианта динамики образа физического Я в послеоперационный период в зависимости от личностных предрасположений в виде акцентуаций личности по пограничному или нарциссическому типу, которые определяют устойчивость и пластичность интрапсихических образований. В одном случае кардинальные телесные изменения – трансплантация донорского органа – успешно ассимилируется в целостный устойчивый образ Я, психологически не отторгается, что позволяет в дальнейшем, по окончании длительно реабилитационного периода эффективно функционировать в основных сферах жизнедеятельности: социально-профессиональной и интимно-личностной.

При трансплантации внутренних органов телесная самоидентичность пациентов «испытывает» колоссальную нагрузку, связанную с аутентичностью самовосприятия и самоотжественностью образа физического Я. Показателями нарушенной самоидентичности являются расстройства аффективного спектра, прежде всего, тревожные и депрессивные, с которыми пациенты не могут справиться самостоятельно.

Цель исследования

Цель исследования заключается в иден-

тификации феноменов нарушенной самоидентичности у пациентов с трансплантированными внутренними органами и обосновании необходимости психологического сопровождения на всех этапах лечебно-реабилитационного процесса.

Участники исследования и методы

Всего обследовано 20 пациентов, обоего пола (14 мужчин и 6 женщин), с трансплантированными внутренними органами (сердце, печень, почки, костный мозг) в возрасте от 21 года до 57 лет (средний возраст $41,5 \pm 2,5$ года). Пациенты представлены в виде двух условно выделенных групп на основании срока послеоперационного периода: от 1,5 месяцев до 1 года (среднее – 6 месяцев) – 10 пациентов, далее I группа и от 1,5 лет до 7 лет (среднее – 2,9 года) – 10 человек, далее II группа. См. табл.1.

Обследование проводилось на базе ОКБ №1 г. Екатеринбурга в течение 6 месяцев (с ноября 2008г. по май 2009 г.) и имеет предварительный характер.

Клинико-психологическая диагностика осуществлялась с помощью проективного теста чернильных пятен Роршаха, как наиболее адекватной методики исследования телесной самоидентичности, изучение которой с помощью стандартных процедур и методов когнитивной психологии не всегда возможно. Основная трудность связана, в первую очередь, со специфическим характером изучаемого объекта – внутренней телесности, поскольку индивид не может непосредственно взаимодействовать с сердцем или желудком, в отличие от предметов внешнего мира или видимых участков своего тела. Во-вторых, субъективный телесный опыт человека не может быть напрямую сопоставлен с телесным опытом других людей, в связи с тем, что он отражает особенности личностной организации и присущие ей структурные искажения.

Результаты исследования

В качестве теоретической основы исследования было выбрано направление, представленное Г. Виткиным и его сотрудниками [5], развитое в работах Е.Т. Соколовой [4,6] в рамках которого последовательно решается вопрос о соотношении способа восприятия, свойственного личности и ее структурной личностной организации. Так, при выполнении различных перцептивных задач испытуемые проявляют характерные способы восприятия, отражающие свойственный им когнитивный стиль, рассматриваемый в контексте личностной самоидентичности. Например,

Таблица 1. Распределение пациентов по полу и трансплантированному органу

	Мужчины n=14 чел.				Женщины n=6 чел.		Итого
	сердце	печень	почки	костный мозг	печень	почки	
I группа n=10 чел.	3	1	3	0	1	2	10
II группа n=10 чел.	2	0	3	2	3	0	10
Итого	5	1	6	2	4	2	20

в задании, связанном с правильным восприятием отдельного элемента перцептивного поля, одни испытуемые принимали за точку «отсчета» проприоцептивные ощущения собственного тела, в то время как другие ориентировались преимущественно на впечатления от «внешнего» зрительного поля. Эту особенность восприятия Г. Виткин называл зависимостью/независимостью от «поля», которая, по мнению автора, связана с определенной личностной структурой. Поэтому «полезависимость» и «когнитивная недифференцированность» определяют изменение связей и отношений между различными психическими структурами вследствие соматического заболевания или душевной болезни [5]. Следовательно, особенности восприятия пациентами с трансплантированными органами стимульного материала (чернильные пятна) позволяют судить о диффузии или других нарушениях самоидентичности.

Выбор двух групп, различающихся по временному критерию, связан с предположением о том, что искажения особенностей восприятия является стабильной характеристикой и отражает риск расстройств личностной адаптации пациентов после трансплантационной операции. В ряде работ указывается, что восприятие обеспечивает адаптацию личности к внешнему миру и отражает уровень ее адаптации [6,7]. См. табл. 2.

В тоже время были обнаружены некоторые отличия в протоколах ответов у пациентов двух групп:

1. Увеличение латентного времени в картах «отца» (I и IV) – 5 пациентов I группы.

2. Увеличение целостных ответов W при одновременном уменьшении детальных ответов D и исчезновении или уменьшении ответов на необычные мелкие детали Dd – 5 пациентов II группы.

3. Увеличение числа ответов с участием образов животных – 5 пациентов II группы.

4. Уменьшение или отсутствие ответов с участием человеческого образа – 6 пациентов II группы.

Результаты исследования и их обсуждение

Первый феномен – увеличение целостных ответов (W) в соотношении W:M, понимаемое как отношение количества целостных ответов W к количеству кинестетических ответов M – детерминированных воображаемым движением человека. Вербальная реакция испытуемого на предъявление таблицы предопределена рамками предъявляемого материала и воспроизводит гипотетическую структуру, хранящую следы памяти личностно значимых событий любой модальности. В тесте Роршаха перцептивная точность проявляется в соответствии формы используемой области пятна и формы указанного объекта [8,9,10]. Любое восприятие, апперцепция и интерпретация стимула – чернильного пятна в таблице теста, как и вся ситуация тестирования в целом, выявляют симульное реагирование на ситуацию, аналогичное поведенческим реакциям в реальной жизни. Реакция может быть обобщающей, аналитической, либо инверсной, т.е. обратной по отношению к ожидаемой, когда обобщение строится на восприятии отдельного фрагмента изображения. По мнению Роршаха, первыми даются ответы целостные, охватывающие всю таблицу (W); за ними следуют ответы, относящиеся к отдельным комплексам деталей, к легко выделяемым частям – крупным деталям (D). Следом возникают образы, в которых задействованы небольшие части пятна, т.е. деталей (Dd).

Целостный ответ, как правило, появляется в первую очередь и снимает первоначальное напряжение испытуемого. Являясь актом перцепции, ответ W содержит аффек-

Таблица 2. Общие феномены искажения восприятия по тесту Роршаха

№п/п	Феномены	I группа – 10 человек	II группа – 10 человек
1.	Увеличение целостных ответов W в соотношении W:M	7	7
2.	Увеличение латентного времени на VI и VII таблицы	7	7
3.	Преобладание недифференцированных показателей светотени, цветных и цветоформовых ответов	6	8
4.	Экстратенсивный тип переживания	6	8
5.	Анатомические и рентгенологические ответы	7	8
6.	Снижение количества оригинальных ответов	8	6
7.	Увеличение латентного времени на VII и IX «материнские» карты	5	5

тивную установку и, чаще всего, демонстрирует уровень психологических защит, используемых для того, чтобы скрыть замешательство или ситуативную тревогу. Общим в целостных ответах является поиск единства, отражающего целостное представление о собственном теле. Позиция W представляет собой особенности когнитивного стиля и тенденцию воспринимать вещи в комплексе. Большую информацию дает связь с другими детерминантами теста, в частности ассоциация с цветовыми и кинестетическими ответами: преобладание недифференцированных показателей светотени, цветных и цветоформовых ответов является показателем эмоциональной лабильности, чувствительности, плохо контролируемой интеллектом, наличием тревожности. Соотношение W:M в пользу W является показателем снижения личностной адаптации, за счет неэффективного использования когнитивных механизмов регуляции деятельности и преобладания примитивных неосознаваемых защит, свойственных для диффузии самоидентичности.

Ответы M указывают на устойчивость самоидентичности к импульсивной архаике подсознательного, служат выражением неосознаваемой мотивации и защит, обусловленных страхом «обнажения» тщательно скрываемых побуждений. Человеческие кинестезии M указывают на зрелость Я, выражающуюся в сознательном принятии собственного внутреннего мира и хорошем контроле над эмоциями, творческий интеллект, аффективную стабильность и способность к эмпатии. M отражает способность фантазии проецировать себя во времени и в пространстве в межличностной сфере. В ответах M дается дифференцированное представление о собственном теле, ощущаемом как отлича-

ющееся от другого. Именно поэтому данные ответы тесно связаны со «схемой тела», обеспечивающей базовый уровень адаптации человека в пространстве и составляющий основу «образа тела» как субъективной концепции индивида о своем теле и его функциях.

Обобщая вышеизложенное, можно говорить о том, что преобладание целостных ответов в отношении W:M у 70,0 % пациентов следует рассматривать как риск расстройств личностной адаптации, проявляющейся в снижении уровня психологического функционирования в реальной жизни вследствие дезорганизующего телесного происхождения (трансплантация донорского органа). Это приводит к ухудшению межличностных взаимоотношений, созданию трудностей в интимной сфере, повышению уровня и формированию ригидных неадекватных способов защиты.

Второй феномен – увеличение латентного времени при интерпретации пятен в VI и VII-й таблицах теста. Таблица VI является трудной для интеллектуальной переработки, провоцирует «цветовой» шок и воспринимается большинством испытуемых как конфликтная, что выявляет фобии, депрессию, суицидальные тенденции, сексуальное содержание образов. Таблица VII считается «женской» и дополняет представление о сексуальных проблемах обследуемого, включая перверсии.

Увеличение латентного времени выявлено у 14 пациентов (13 мужчин и 1 женщины). Это позволяет говорить о переживаниях пациентов, связанных с сексуальными отношениями. Медицинский аспект данной проблемы связан с установлением фактов снижения сексуального влечения и активности посттрансплантационных пациентов, состо-

ящих в эректорной дисфункции, проблемах эякуляции, отсутствии либидо [11]. В курсах клинической психологии, связанный с тяжелой соматической патологией страх смерти и центрация на спасении, обусловленном пересадкой «неродного органа» блокируют эротизированные влечения пациентов и обуславливают анаклитическую зависимость от значимого Другого, которой носит патологический нарциссический характер. Присутствие в данной группе одной пациентки является свидетельством более глубоких, чем в мужском варианте, нарушений образа тела [12] и, соответственно, более тяжелых личностных расстройств, например, в виде сексуального промискуитета, что было подтверждено данными клинической беседы.

Третий феномен – преобладание недифференцированных показателей светотени (Ch, ChF), цветных (C) и цветоформовых ответов (CF). По Роршаху, сумма всех цветовых ответов испытуемого является индикатором его впечатлительности, возбудимости, способности адекватно отвечать на вызов внешнего мира, открытого отношения к окружающей среде. Кроме эмоциональной лабильности в цветовых ответах определяется степень контроля над аффектами и степень эмоциональной адаптивности. Увеличение цветоформовых ответов (CF) является показателем чувствительности, плохо контролируемой интеллектом, мало адаптированной эмоциональностью, эгоцентрической чувствительности. Наличие чистых цветовых ответов выявляет импульсивность, отсутствие контроля со стороны интеллекта, предрасположенность к грубой аффективной разгрузке.

Соотношение $CF+C > FC$ указывает на впечатлительность испытуемых, зависимость от внешней ситуации, от событий или контактов с другими, слабый социальный контроль, импульсивность.

Большое количество недифференцированных показателей светотени (Ch, ChF), свидетельствует о восприимчивости пациентов ко всему, что вызывает мучительные переживания («трагедизацию» жизни), потерю контроля или недостаточный контроль над дисфориями. Также это указывает на легкость возникновения аффекта с фиксацией на негативном полюсе, что свойственно «особой» пограничной личностной организации. Генерализованная тревога провоцирует регрессию в когнитивной и аффективной сферах. В этом случае риски расстройств личностной адаптации обуслов-

лены нарушениями внутреннего контроля и произвольности деятельности и поведения.

Четвертый феномен – экстратенсивный тип переживания. Этот тип переживания характеризуется чувствительностью, эмоциональностью и нестабильностью, подверженностью влиянию извне, эгоцентризмом и аффективной адаптацией к реальной жизни. Иными словами, индивиды с экстратенсивным типом переживания преодолевают внешние препятствия путем уменьшения эмоционального напряжения и поддержания аффективно-когнитивного баланса за счет снижения степени участия когнитивной составляющей. Это, несомненно, негативно сказывается на качестве психологического реабилитационного потенциала, в связи с фактическим игнорированием интеллектуального компонента ВКБ (внутренней картины болезни), как одного из главных ресурсов преодоления последствий болезни и препятствия на пути к инвалидизации человека.

Пятый феномен – наличие анатомических и рентгенологических ответов. Присутствие анатомических и рентгенологических ответов в сочетании с плохой формой и недифференцированным показателем светотени является признаком проявления тревоги и беспокойства, неспособностью справиться с негативным аффектом, отражает ипохондрические установки личности. Анатомические ответы указывают на чувство внутренней пустоты и холодности, что характерно для личностной акцентуации нарциссического плана, которая характеризуется грандиозным перфекционистским Я и, поэтому, принятие чужеродного «донорского» органа неприемлемо. Отторжение, возникшее на личностно-смысловом уровне, препятствует нормальному прохождению необходимых этапов клинической реабилитации. Исходя из холистического принципа понимания любого поведения человека как целостной структуры, фактическое неприятие такими пациентами процедуры трансплантации, при понимании жизненной необходимости таких лечебно-реабилитационных действий становится существенным фактором риска в отношении комплайенса пациента и врача.

Шестой феномен – снижение количества оригинальных ответов. Популярность (банальность) ответов у большинства (70,0 %) пациентов в данной выборке свидетельствует об их интеллектуальном конформизме, стремлении видеть мир как все. Это свидетельствует о низком, расплывчатом, ригидном, практическом интеллекте, который

во многом способствует проявлению таких неэффektivных защитных механизмов как аутоинфантилизация и аутоинвалидизация. В результате послеоперационные пациенты практически полностью устраняются от всех привычных дел, включая элементарные обязанности по дому, что часто влечет за собой потерю интереса к окружающему и чувство бессмысленности существования.

Седьмой феномен – увеличение латентного времени на VII и IX «материнские» карты свидетельствует о невротической реакции защиты от аффекта, путем вытеснения аффекта или его конверсии в фобию. Интерпретация материнских таблиц у данных испытуемых характеризуется ответами с плохой или неопределенной формой, искаженными образами человеческого тела, наличием ассоциации с недифференцированным показателем светотени. У женщин (1 пациент) может указывать на конфликты в сфере женской сексуальной адаптации, у мужчин связано с чувством безопасности. Феномен характеризует неспособность справиться с аффектом посредством когнитивной переработки, поэтому возникают ответы, содержащие образ разрушенного и искаженного человеческого тела, человекоподобные фантастические существа, свидетельствующие о глубинных «базовых» конфликтах, лежащих в основе личностных расстройств, прежде всего, пограничном и нарциссическом.

Выявленные отличия в восприятии и интерпретации пятен Роршаха у обследуемых двух групп скорее свидетельствуют об индивидуальных психологических различиях пациентов и сложности исследуемого объекта – телесной самоидентичности, которая несопоставима с социализированными нормами и усредненными нормативами.

Выводы

1. Общие для двух групп пациентов с трансплантированными внутренними ор-

ганами патопсихологические феномены, полученные с помощью теста Роршаха, позволяют указать на риски расстройств личностной адаптации в послеоперационном периоде.

2. Вне зависимости от временного периода, прошедшего после трансплантационной операции, у большинства пациентов (от 50,0 % до 70,0 % в данной выборке) выявлены нарушения телесной самоидентичности, рассматриваемой как частный случай личностной самоидентичности, которые проявляются в фрагментации образа тела, искажениях схемы тела, диффузии самооценки внешности, аффективно-когнитивной спутанности. Это приводит к аффективной нестабильности со склонностью к депрессивным и тревожным переживаниям, преобладанию аффективного реагирования, сужению жизненной перспективы, использованию преимущественно примитивных психологических защит.

3. Незрелость, дезинтегрированность и слабость структур самосознания у большинства пациентов из данной выборки в тоже время означает, что значительная область их переживаний оказывается вне осознания и контроля. В этом случае телесный пласт самосознания, телесная самоидентичность становится ведущей структурой разрешения базовых личностных конфликтов, доступными ей трансформированными неадекватными способами.

4. Психологическое сопровождение пациентов трансплантационной хирургии на всех этапах лечебно-реабилитационного процесса позволяет не только своевременно диагностировать риски расстройств личностной адаптации, но обеспечить им необходимую психокоррекционную и психотерапевтическую поддержку.

Литература:

- Schroder, Nina M., McDonald, Laurie A., Etringer, Geri, Snyders, Michele, Consideration of psychosocial factors in the evaluation of living donors. *Progress in Transplantation*. 2008 Mar; 18(1): 8-41.
- Engle, David Psychosocial aspects of the organ transplant experience: what has been established and what we need for the future. *Journal of clinical psychology*, vol. 57(4), 2001: 521-549.
- Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и психосоматических заболеваниях – М.: SvR-Априс, 1995.
- Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М.: Изд-во МГУ им. М.В. Ломоносова, 1989.
- Witkin H. Cognition: theory, research, promise by Constance. Scherer, 1964.
- Соколова Е. Т. Мотивация и восприятие в норме и патологии. М.: Изд-во МГУ им. М.В. Ломоносова, 1976.
- Тхостов А.Ш. Психология телесности. — М.: Смысл, 2002.
- Рауш де Траубенберг, Н. Тест Роршаха: Практическое руководство / Пер. с франц. — М.: «Когито-Центр», 2005.
- Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности. М.: Изд-во МГУ им. М.В. Ломоносова, 1980.
- Белый Б.И. Тест Роршаха. Практика и теория / Под ред. Л.Н. Собчик — СПб.: «Каскад», 2005.
- Kendall, Kay and O'Dell, Maureen L, Psychosocial Issues in Transplantation. Core Curriculum for Transplant Nurses, p.629-661, Mosby, Inc an imprint of Elsevier, Inc., 2008.
- Рупчев Г.Е. Телесные фантазии в структуре ипохондрических расстройств //Московский психотерапевтический журнал. 1997. ц 3. С.105-131.