

УДК 159.923

Жилыев А.Г., Никольская Н.С.

*Институт психологии имени Л.С. Выготского
Российского государственного гуманитарного университета (г. Москва)*

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПРЕДЕЛЬНОГО ВИТАЛЬНОГО РИСКА ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ

A. Zhiliaev, N. Nikolskaya

*The L.S. Vygotsky Psychology Institute
of Russian State University for the Humanities, Moscow*

PSYCHOLOGICAL PERSONALITY ISSUES OF TRANSPLANT PATIENTS WITH EXTREME LIFE RISK DISEASE

Аннотация. В статье описывается разработанный и реализованный дифференцированный подход к изучению проблемы личностных особенностей людей, страдающих заболеваниями с предельным витальным характером. Целью работы является обнаружение психологических особенностей личности пациентов, нуждающихся в трансплантации органов. Представлены результаты исследования, выполненного на двух экспериментальных группах пациентов с трансплантацией доли печени и почки. Эмпирически выявлены определенные личностные свойства в зависимости от особенностей трансплантации, развивающиеся в связи с ситуацией предельного витального риска.

Ключевые слова: личностные особенности, трансплантация органов, заболевание с предельным витальным риском (ПВР), саморегуляция, отношение к болезни.

Abstract. A differential approach to a problem of studying personality traits related to extreme life risk disease is established and accomplished in the article. The aim of the research project is to detect particular psychological personality issues of transplant patients with life-threatening disease. Article considers the results of a completed examination of patients with liver and kidney transplants from two experimental groups. A link between evidence in patient' organ transplantation and personal traits related to extreme life risk situation is determined by experiment.

Key words: personality traits, organ transplantation, extreme life risk disease, self-regulation, illness perception.

На сегодняшний день происходит активное развитие трансплантологии для лечения терминальных хронических заболеваний, в том числе с витальной угрозой. Лечение становится все более доступным для пациентов, нежели еще 10 лет назад. Вместе с тем возрастает потребность в увеличении продолжительности и качества жизни пациентов после операции [13; 14; 12]. Решение этих насущных задач напрямую связано с исследованием личностных особенностей пациентов, обуславливающих спектр внутриличностных переживаний в отношении своего заболевания и способность адаптироваться к новым жизненным условиям после трансплантации в ситуации предельного витального риска (ПВР).

Считается общепризнанным тот факт, что соматические заболевания с длительным течением или хронические, несмотря на все проводимое лечение, относятся к числу факторов, потенциально способствующих психологической инвалидизации больных, страдающих такими заболеваниями, за счет возникновения личностных изменений дезадаптивного характера в связи с болезнью.

Медицина длительное время руководствовалась принципом определения «здоровья» через оценку «нездоровья» как наиболее доступной изучению категории. Таким образом сформир-

ровалась так называемая нозоцентрическая концепция здоровья. Психологической характеристикой соматического здоровья, помимо отсутствия болезненных проявлений, является также наличие оптимальной работоспособности и желания деятельности, доминирования чувства благополучия [5]. В этом контексте профилактика социально значимых болезней приобретает особое значение, так как оказывает воздействие не только на качество жизни больного, но и на его социальное окружение и общество в целом. В этой же логике «здоровья» целью междисциплинарного подхода к лечению больных в ситуации ПВР является не только разработка новых терапевтически эффективных лекарственных средств или медицинских технологий, но и предотвращение их побочных негативных воздействий и забота о сохранении или увеличении качества жизни при лечении таких хронических соматических заболеваний.

Не только соматические, но и психогенные факторы, опосредованные личностью, действие которых обусловлено ПВР-характером заболевания, служат одной из непосредственных причин возникновения трудностей в лечении соматических больных [3]. В традициях отечественной психологической школы личностные особенности людей с соматическими заболеваниями изучаются относительно тех условий, в которые болезнь помещает личность больного [2; 6; 1; 9]. Считается, что болезнь создает однотипные жизненные обстоятельства, относительно которых личность пациента будет реагировать некоторым сходным образом.

Актуальность изучаемой проблемы связана с активным развитием трансплантологии как области медицины при современном междисциплинарном подходе к лечению людей, нуждающихся в операции по пересадке органа, с привлечением психологических научных и практических достижений.

Новизна применения дифференцированного подхода для изучения особенностей личности в ситуации ПВР и необходимости операции по пересадке органа обусловлена доминированием общепсихологических

подходов к изучению данной проблемы в психологии.

Целью работы становится изучение личностных особенностей больных, нуждающихся в трансплантации органов. *Объектом* исследования служат переживания и личностные особенности людей, страдающих хроническими заболеваниями. *Предмет* исследования – взаимосвязь личностных характеристик с особенностями трансплантации и ситуацией ПВР.

Гипотеза. В зависимости от особенностей трансплантации различаются личностные свойства, развивающиеся в связи с ситуацией ПВР.

Задачи.

1. Эмпирически исследовать личностные особенности людей, решившихся на трансплантацию органов, и обнаружить факторы, определяющие способность личности психологически пережить эту ситуацию.

2. Провести сравнительный анализ результатов исследования личностных особенностей пациентов с трансплантацией доли печени и почки для выявления специфических внутриличностных переживаний больных относительно ситуации ПВР, сопряженного с возможностью трансплантации.

3. Сопоставить индивидуально-личностные особенности пациентов с терминальной дисфункцией печени, требующей трансплантации, с личностными особенностями онкологических пациентов при ПВР таких соматических заболеваний.

Исследование проводилось на базе ФГБУ «ФНЦТИО им. академика В.И. Шумакова» Минздравсоцразвития России г. Москвы с 2009 по 2012 гг. Исследовательскую группу составили 53 пациента в возрасте от 24 до 50 лет с высшим, средним и средним специальным образованием. Из исследования при формировании групп исключались пациенты с тяжелой степенью энцефалопатии (III–IV), с психическими расстройствами в анамнезе, больные с циррозом печени алкогольной этиологии.

Критерием выбора двух экспериментальных групп служит степень ПВР заболевания.

Первая экспериментальная группа состоит из испытуемых с циррозом печени, характеризующимся ПВР, и требующим трансплантации доли печени. Средняя длительность болезни составила $4,6 \pm 2,74$ года. Вторая экспериментальная группа включает пациентов с почечной дисфункцией, трансплантация которым проводится чаще в целях улучшения качества их жизни по сравнению с жизнью на диализе, не связанной непосредственно с ПВР. После операции по пересадке почки пациент перестает быть зависим от процедуры диализа, которой до операции они подвергались в среднем $2,9 \pm 3,7$ лет.

Разработанный методический комплекс для реализации исследовательских задач включает клинико-психологическое обследование пациентов и экспериментально-психологическое при помощи различных тестовых методик, все полученные результаты обработаны количественным и качественным способом статистически с помощью программы SPSS Statistics 17.0 и Microsoft Excel. Используемые методики направлены на изучение личностных особенностей пациентов (методика многофакторного исследования личности Р. Кеттелла PF-16, Шкала депрессии А. Бека, Торонтская шкала алекситимии TAS-26) и способов саморегуляции (копинг-тест Р. Лазаруса, С. Фолкмана), а также отношения к болезни (опросник для изучения отношения к болезни и лечению).

Схема исследования подразумевала проведение психологического обследования до трансплантации доли печени или почки, а также после трансплантации, к моменту выписки – на сроках от 2,5-3 недель (при пере-

садке почки) и до 1 месяца (при пересадке доли печени). Специфика изменений личности в условиях ПВР будет исследоваться при сопоставлении личностных особенностей пациентов с терминальной стадией дисфункции печени и пациентов с онкологическими заболеваниями при ПВР этих соматических заболеваний.

Социодемографическая характеристика испытуемых двух экспериментальных групп представлена в табл. 1.

Корреляционный анализ социально-демографических данных с изучаемыми характеристиками личности показал, что с возрастом пациента связана его удовлетворенность жизнью в целом, которая тем ниже, чем старше пациент ($r = -0,313$ при $p < 0,05$). Пол испытуемых оказался связанным с предпочтением копинговых стратегий: женщины значительно больше склонны к совладанию с ситуацией ПВР путем принятия ответственности ($r = -0,295$ при $p < 0,05$) и планированного разрешения ($r = -0,336$ при $p < 0,05$), по сравнению с мужчинами. В свою очередь, мужчины оказались более доверчивыми ($r = 0,406$ при $p < 0,05$) и консервативными в лечении ($r = 0,357$ при $p < 0,05$).

Вклад депрессии в состояние пациентов оказался незначимо выше ($p > 0,05$) у больных первой экспериментальной группы, что может быть объяснено ПВР-характером их заболевания. Пациенты с пересадкой почки в среднем характеризуются отсутствием депрессии в статусе (средний балл по шкале Бека = $6,74 \pm 4,75$), при ее наличии она протекает скорее в виде когнитивно-аффективных переживаний (средний балл = $5,37 \pm 4,65$),

Таблица 1

Социодемографическая характеристика испытуемых

Экспериментальная группа (N=53)	Мужчины		Женщины		Средний возраст (лет)
	Абс	%	Абс	%	
1. Трансплантация доли печени (N=23)	8	34,8	15	65,2	$29,7 \pm 7,8$
2. Трансплантация почки (N=30)	13	43,3	17	56,7	$30,8 \pm 6,9$
Итого	21	100	32	100	$30,4 \pm 7,3$

нежели соматических проявлений (средний балл = $4,53 \pm 2,37$). У пациентов с трансплантацией доли печени депрессия скрытая и ближе к легкой форме (средний балл по шкале Бека = $8,32 \pm 4,6$) и проявляется больше в соматической (средний балл = $5,65 \pm 3,3$), чем в идеаторной форме (средний балл = $5,53 \pm 3,73$). Как известно из исследований онкологических больных, для людей в ситуации ПВР характерна неспособность отреагирования своего аффективного состояния, запрет на открытое проявление эмоций и их репрессия [8; 15; 16].

Личностная реакция пациентов с циррозом печени на ПВР болезни направлена на активацию личностных ресурсов и стойкости. Личностный профиль испытуемых первой экспериментальной группы больше расположен в отрицательной области значений факторов по биполярной шкале и имеет более выраженные пики по сравнению с пациентами второй группы (диагр. 1), что отражает реакцию личности больных в виде заострения личностных особенностей на объективно сложную и экстремальную ситуацию ПВР.

Пациенты первой экспериментальной группы с заболеванием ПВР и трансплантацией доли печени становятся более замкну-

тыми (фактор А, $U=63$ при $p<0,05$), жесткими и реалистичными (фактор I, $U=41$ при $p<0,05$), практичными (фактор М, $U=56$ при $p<0,05$) при попытках сохранить хладнокровие и самоуверенность (фактор О, $U=69$ при $p<0,05$).

Усредненный личностный профиль по Л.Ф. Шестопаловой [10] для обеих экспериментальных групп представлен в табл. 2 и состоит из факторов теста Кеттелла (три первые буквы обозначают факторы, по которым получены наиболее высокие средние значения стенов в группе, а три последние – факторы с самым низким средним значением стенов).

Личностный профиль оказывается схож для обеих групп в отношении наиболее высоких значений факторов, т. е. доминирующими личностными характеристиками являются: 1. Собранность и конкретность (фактор В); 2. Терпимость (фактор L); и 3. Консерватизм (фактор Q₁); а также среди отрицательных пиков преобладает эмоциональная нестабильность (фактор С). Такое качественное сходство усредненных личностных профилей пациентов двух экспериментальных групп может свидетельствовать о его специфичности для людей, нуждающихся в трансплантации органов.

Диаграмма 1

Усредненные личностные профили в стенах пациентов
2-х экспериментальных групп

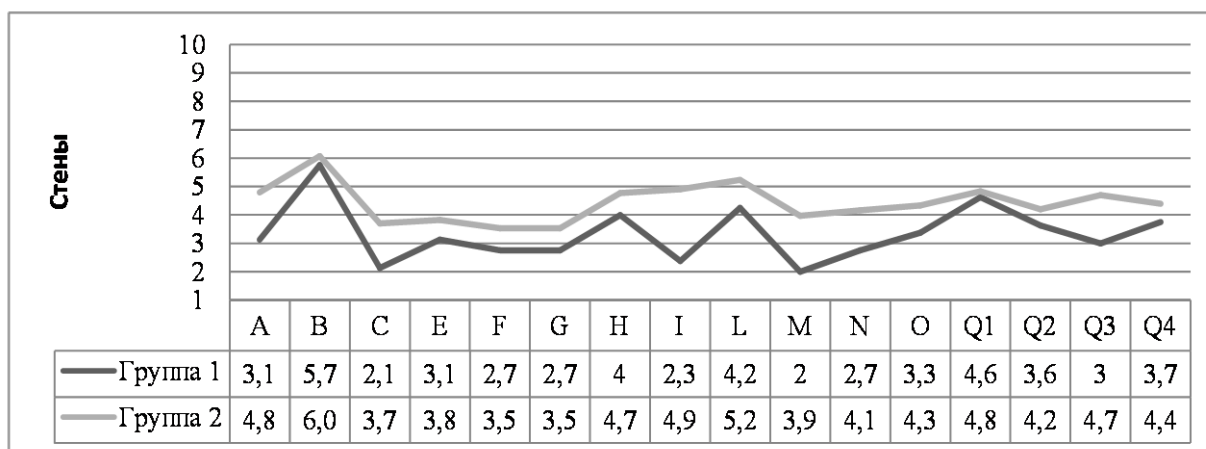


Таблица 2

Усредненный тип личностного профиля пациентов

Экспериментальные группы (N=53)	Профиль пациентов	
	Высокие показатели факторов	Низкие показатели факторов
1. Трансплантация доли печени (N=23)	BLQ ₁	СМІ
2. Трансплантация почки (N=30)	BLQ ₁	CFG

Отличия в усредненном личностном профиле пациентов 2-х экспериментальных групп с различным характером заболеваний органов по параметру ПВР соответствуют особенностям ситуации необходимости трансплантации. Для пациентов 1-ой экспериментальной группы свойственна практичность и тщательность (фактор М), а также жесткость и мужественность (фактор І) в условиях наличия заболевания с ПВР, не совместимого с жизнью. Пациенты 2-ой группы имеют опыт пребывания на диализе, который, с одной стороны, нередко переносится субъективно тяжело, но, с другой стороны, позволяет более безответственно относиться к ограничениям диеты, нарушение которых по сравнению с посттрансплантационными может быть не так рискованно для жизни. Они оказываются более пессимистичными в восприятии действительности (фактор F), при этом импульсивными и подверженными влиянию обстоятельств (фактор G).

Качественный анализ напряженности копинг-стратегий показал, что заболевание с ПВР предъявляет к личности больного повышенные требования по адаптации к такой экстремальной ситуации: в группе пациентов с трансплантацией доли печени значимо напряженнее оказывается копинг самоконтроля ($U=231$ при $p<0,05$), становясь ближе к дезадаптивному уровню. При исследовании внутригрупповых различий в уровне копинговых стратегий до и после операции в 1-ой экспериментальной группе обнаруживается значимое снижение напряженности для копингов самоконтроля ($U=36,5$ при $p<0,05$), конфронтации ($U=34$ при $p<0,05$) и плани-

руемого разрешения ($U=35,5$ при $p<0,05$). Снижение уровня напряженности стратегий после операции с ПВР-характером происходит в связи с разрешением вопроса о ее успешности, остро стоящим перед пациентами в предтрансплантационном периоде. У пациентов 2-ой экспериментальной группы, наоборот, происходит значимое увеличение напряжения для двух копингов: принятия ответственности ($U=67,5$ при $p<0,05$) и дистанцирования ($U=71$ при $p<0,05$) после операции, которая совершается в целях повышения качества жизни больных по сравнению с лечением почечной дисфункции диализом. До операции, с одной стороны, в жизни пациентов процедура диализа занимает значительное количество времени в неделю, однако, с другой стороны, позволяет не так строго соблюдать диету, как после операции, когда нарушение диеты и других назначений может являться прямой угрозой жизни трансплантата.

При внутригрупповом сравнении до и после операции по трансплантации органов в обеих группах выявляется тенденция к повышению уровня алекситимии после трансплантации ($p>0,05$), обнаруживая его связь с перенесенной сложнейшей хирургической операцией, но только у пациентов первой экспериментальной группы с ПВР эта разница становится достоверной ($U=23$ при $p<0,05$). Данные согласуются с результатами исследований выраженности алекситимии в личностном профиле онкологических больных, для которых оказывается характерен высокий уровень алекситимии [4]. Исходя из этого, можно предположить, что у транс-

планированных пациентов, как и вообще больных с хронической соматической патологией, в особенности с ПВР, она является вторичной и связана со специфическим телесным опытом, а также неспособностью собственного активного вмешательства и влияния на жизненные обстоятельства [6; 7; 17]. Общей чертой заболеваний с ПВР является неопределенность исхода ситуации и тревожное ожидание личностью грядущих событий. Такую ситуацию пациент не может сам разрешить, поскольку ее исход ему неподвластен, и он начинает чувствовать безысходность ситуации и переживать свою беспомощность.

Корреляция алекситимии с депрессией ($r=0,314$ при $p<0,05$), которая подтверждается также данными других исследований [11], эмоциональной напряженностью и настороженностью (фактор L в тесте Кеттелла) ($r=0,412$ при $p<0,05$), а также пассивной стратегией избегания ($r=0,376$ при $p<0,05$), указывает на дезадаптивность такой приспособительной личностной реакции в отношении жизнеугрожающей сложнейшей хирургической операции.

Выводы

1. В личности людей, нуждающихся в трансплантации органов, вне зависимости от вида пересаживаемого органа, обнаруживаются сходные психологические особенности, являющиеся компенсаторными и необходимыми для того, чтобы пережить операции. Они связаны с заострением личностных черт в сторону большей конкретности, терпимости и конформизма.

2. При ПВР заболевания у пациентов обнаруживаются следующие личностные особенности: замкнутость, практичность, жесткость и сдержанность, тенденция к подавлению эмоций и соматизации депрессивного аффекта; чрезмерное обращение к копинг-стратегиям, направленным на самообладание; повышение уровня алекситимии.

3. Проведение трансплантации в целях улучшения качества жизни возвращает ответственность за свою жизнь пациентам после операции.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Братусь Б.С. Аномалии личности. – М., 1988. – 301 с.
2. Выготский Л.С. Собр. соч. в 6 т. – Т 3. М., 1983. – 368 с.
3. Жияев А.Г. Психотропные препараты в лечении соматических заболеваний, резистентных к традиционной терапии : дис... докт. мед. наук. – М., 1999. – 368 с.
4. Касимова Л.Н., Илюхина Т.В. Результаты психопатологического и психологического исследования онкологических больных // Псих. расстройств в общей медицине. – 2007. – № 3 – С. 71-74.
5. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. – Л., 1980. – 184 с.
6. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М., 1987. – 168 с.
7. Провоторов В.М., Крутько В.Н., Будневский А.В. и др. Особенности психологического статуса больных бронхиальной астмой с алекситимией // Пульмонология. – 2000. – № 3. – С. 30-35.
8. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. – СПб., 2001. – 288 с.
9. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М., 2002. – 287 с.
10. Шестопалова Л.Ф. Нарушения высших психических функций и личности у больных с различными формами сосудистых заболеваний головного мозга: Автореф. дис. ...докт. психолог. наук. – Киев, 1993. – 49 с.
11. Berenbaum H., Irvin S. Alexithymia, anger, and interpersonal behavior. *Psychother Psychosom*, 1996. 65: 4: 203-208.
12. Danovitch G.M. Handbook of Kidney Transplantation. Publisher: Lippincott Williams Wilkins; 5th edition, 2010.
13. DiMartini A.F., Crone C., Fireman M., Dew M.A. Psychiatric aspects of organ transplantation in critical care // *Crit Care Clin*. 2008 October; 24(4): 949-x.
14. Feurer I.D., Russell R.T., Pinson C.W. Incorporating quality of life and patient satisfaction measures into a transplant outcomes assessment program: technical and practical considerations. *Progress in Transplantation*, 2007; 17(2): 121-8.
15. Giese-Davis J., Koopman C., Butler L.D., Classen C., Cordova M., Fobair P., Benson J., Kraemer H.C., Spiegel D. Change in emotion-regulation strategy for women with metastatic breast cancer following supportive-expressive group therapy // *J Consult Clin Psychol.*, 2002. 70 (4): 916-25.
16. Giese-Davis J., Sephton S.E., Abercrombie H., Duran R.E.F., Spiegel D. Repression is associated with a flattening of diurnal cortisol rhythm in women with metastatic breast cancer // *Health Psychology*, 2004. 23(6): 645-650.
17. Parker J.D., Taylor G.J., Bagby R.M. Alexithymia: relationship with ego defense and coping styles // *Compr. Psychiat.* – 1998. – Vol. 39. – № 2. – P. 91-98.