

© Н.П.Ванчакова, 2003
УДК 616.61-008.64-036.92-085.38-08:519.4

Н.П. Ванчакова

ОПЫТ БАЛИНТОВСКИХ ГРУПП В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

N.P. Vanchakova

EXPERIENCE OF BALINT GROUPS WITH PRACTICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE AND CHRONIC HEMODIALYSIS

Курс психосоматической медицины с основами психотерапии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, Россия

Ключевые слова: балинтовская группа, хроническая почечная недостаточность, гемодиализ, психические расстройства, психологические и социальные факторы.

Key words: Balint group, chronic renal failure, hemodialysis, mental disorders, psychological and social factors.

Несмотря на то что опыт работы балинтовских групп в мире большой, в российских клиниках они используются редко. В определенной степени это связано с большим удельным весом urgentной помощи в работе многопрофильных стационаров и других служб здравоохранения, что смещает акценты в подготовке врачей в зону формирования именно таких навыков. Но не менее важной причиной остаются стереотипы представлений о критериях профессионального роста врачей. Целями и задачами балинтовских групп являются повышение компетентности медицинского персонала в профессиональном межличностном общении, расширение представлений о лечебном процессе и психопрофилактике. Этот метод повышения профессионального роста и психотерапии был создан английским врачом психоаналитиком Михаэлем Балинтом в середине XX века [6]. Он сконцентрировал внимание на роли личности пациента в общей медицине и объединил естественнонаучные, пациент центрированные, соматические, биологические знания в новом направлении психотерапии. М. Балинт – представитель психосоматического направления, понимаемого как раздел медицины, включающий класс заболеваний, в происхождении которых психосоциальные факторы играют значительную роль, и понимаемого как целостный подход, рассматривающий больного во всем многообразии его биопсихосоциальной сущности. Такой подход основывается на том, что пациент приходит к врачу не только с болезненными симптомами, но и со страхом, психологическими и со-

циальными проблемами, часто связанными с его заболеваниями. Игнорирование проблем больного, концентрация только на болезненных симптомах, препятствуют эффективности лечебного процесса.

Фокусом исследовательской и практической деятельности балинтовских групп являются отношения врач-больной, которые отражают отношения пациента в окружающем мире и влияние врача на пациента. Работа групп проводится в форме постоянно действующих дискуссионных семинаров с врачами о проблемах их медицинской практики. Приоритетными задачами являются обучение навыкам выявления реальных жизненных трудностей и проблем пациентов, играющих роль в генезе и протекании болезненных расстройств. А также постижение истинных потребностей пациента, раскрытие мотивов выбора врача, развитие чувствительности к тому что неосознанно происходит во время взаимодействия врача и пациента. В результате исследовательской деятельности балинтовских групп был определен круг психотерапевтических методик, пригодных для врача общей практики, и создан опыт эффективных краткосрочных бесед с пациентом, который легко реализуется на практике.

В связи с техническим прогрессом медицины и эффективной борьбой с терминальными и предтерминальными состояниями неуклонно увеличивается выживаемость больных при тяжелых хронических заболеваниях. Возник новый круг проблем, обусловленных не только биологическими, но и новыми психосоциальными факторами. Классическим примером такого типа являются паци-

енты с хронической почечной недостаточностью, получающие хронический гемодиализ. Хронический гемодиализ при хронической почечной недостаточности является особой специфической формой жизни, обеспечиваемой аппаратурой. Число таких больных растет, появляются пациенты с большой длительностью этой формы жизни, которая в отдельных наблюдениях приближается к сроку жизни без гемодиализа. Все это формирует свой круг психосоматических и патопсихологических проблем. Качество жизни в таких наблюдениях зависит не только от качества гемодиализа, но и от формирующихся психических расстройств и социально-психологической дезадаптации. В процессах адаптации таких больных активное участие принимают медицинские работники, особенно врачи. Одной из наиболее прогрессивных форм их обучения и повышения квалификации в обозначенном направлении являются балинтовские группы. В состав такой группы входят врачи, работающие в одном или в различных медицинских учреждениях, которые не связаны между собой служебно-иерархическими отношениями [4].

В общей сложности известно три варианта групп. *Первый вариант.* Группа из 8 – 12 участников один раз в неделю встречается с руководителем группы для полтора-двух часовых занятий. Группа работает в течение 2 – 3 лет. *Второй вариант.* Группа из 6 – 15 человек с разным стажем работы, но работающих в одном учреждении, встречаются 1 – 2 раза в месяц для 4 – 5-часовых семинаров. Группа работает в течение 2 – 3 лет. *Третий вариант* больше подходит для циклов повышения квалификации врачей. Группа из 6 – 12 человек участвует в краткосрочном семинаре. Занятия проводятся ежедневно от 1,5 до 4 часов, но количество их должно быть равно числу участников группы. Предметом анализа в группе является обсуждение случаев из клинической практики участников. Это может быть обсуждение клинического наблюдения из прошлой практики, отношение с которым и характер терапевтической практики продолжают беспокоить врача, или вызывать у его дискомфортные воспоминания, остающиеся для него непонятными. Либо это могут быть пациенты из текущей терапевтической ситуации, вызывающие у врача беспокойство. В связи с тем, что объектом исследования является врач и его отношения с пациентом, пациент – как лицо, с которым врач строит профессиональные отношения. Основными принципами работы группы становятся доверительность, корректность и запрет на использование доверительной информации за пределами группы. Только в таких условиях врач

может прояснить свои чувства и отношение к пациенту и то, как он на самом деле воспринимает больного.

В практику работы кафедры и клиники пропедевтики внутренних болезней СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова были введены балинтовские группы в циклах повышения квалификации по нефрологии и гемодиализу. Использовался краткосрочный вариант, который позволял на протяжении короткого периода времени сформировать группу и провести анализ одного проблемного пациента каждого участника группы. Предметом исследования были не техника отпуска процедур гемодиализа, а эмоциональные и поведенческие стереотипы пациентов, реакции врачей на пациентов, сложившиеся отношения, качество жизни пациентов.

Исследование системы отношений врач-больной установило, что пациент переносит на врача определенные отношения [3], эмоциональные и поведенческие стереотипы, которые сходны с его отношениями с объектами его реальной жизни (значимые лица ближайшего окружения). Ведущее место занимают родители, воспитатели, с которыми связаны переживания любви, комфорта, наказания. В эту же группу могут входить сестры, братья, соперники. Могут быть и более современные фигуры, но их анализ все же уводит к более ранним. Реакции переноса более вероятны по отношению к лицам, которые выполняют специальные функции: возлюбленные, руководители, педагоги, психотерапевты, врачи, актеры и т.п. Роль врача особенно активизирует реакции переноса. Явление это бессознательное. Больной переносит на врача гамму нежных и часто смешанных с враждебностью чувств: нежно-дружеские или злобно-ревнивые. Реакция переноса может быть позитивной и негативной. Появление этих реакций всегда создает дополнительные трудности в системе отношений врач-больной, так как могут носить не только умеренный, но и бурный характер. На характер и выраженность реакции переноса у больных с хронической почечной недостаточностью и гемодиализом оказывали влияние аффективные и личностные расстройства.

Эмоциональные реакции врача на пациента – это феномен контрпереноса [3]. Эмоции врача – это отраженные сигналы, идущие от больного, находящегося в состоянии внутреннего конфликта. Для больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении гемодиализом, типично существование широкого спектра конфликтов, обусловленных нарушением нескольких компонент системы внутриличностных отношений. Ведущее место в этих переживаниях занимали

соматическая озабоченность и выраженная тревожность. Выраженность соматической озабоченности имела обратную корреляцию с социальной адаптацией. У больных с хронической почечной недостаточностью и гемодиализом имеют место как невротические, так и психосоматические конфликты. Психосоматический конфликт у таких больных представлен противоборством стремления к независимости и потребностью в зависимости, в помощи и опеке, так как они тяжело больны и не могут обходиться без этого. В структуре этого конфликта лежит и столкновение между социально принятыми нормами и нарастающей тенденцией к агрессивному поведению. Невротический конфликт у таких больных представлен конфликтом между уровнем притязаний и возможностями, конфликтом между их потребностями, измененными болезнью, и требованиями окружающей среды.

Наиболее интенсивно эти конфликты проявляются в системах «жизненные цели», «страхи и опасения», «чувство вины». Меньше внутриличностные конфликты отражаются в отношениях с друзьями, знакомыми, сотрудниками и подчиненными. Изучение их жизненного стиля выявило, что более 70% дают положительную оценку сферам «досуг», «семья», «секс». Источником конфликтов «сфера общения» является только для 14% больных.

С переходом на лечение гемодиализом здоровье становится главной жизненной ценностью для 84% больных. А на этапе консервативного лечения только у 22% больных. На фоне лечения гемодиализом в большей степени фрустрирована потребность социального достижения. Типична высокая конфликтность в области жизненных целей, которая имеет прямую корреляцию с частотой депрессивных расстройств. Чаше, чем в норме, встречается тип реакции с фиксацией на удовлетворении потребностей. Не характерна фиксация на препятствии, более характерны реакции самозащиты, стремление к рациональному выходу из конфликтной ситуации.

Трансформация системы жизненных ценностей, актуальность поиска смысла жизни, необходимость приспособления к новым условиям жизни, искусственно созданным при лечении гемодиализом, воздействие на психику больных специфических психотравмирующих факторов, связанных с гемодиализом, ведет к активизации психологической защиты. Это может усиливать негативные впечатления врача от общения с пациентом и активизировать контрперенос. Возникновение контрпереноса мешает работе с пациентом, так как ограничивает свободу пациента в проявлении своих переживаний и переноса на врача, ограничивает врача в

оценке и понимании пациента. Контрперенос может привести к продолжительному и неуместному поведению врача по отношению к пациенту в форме стойкого непонимания, поощрения, успокоения и разрешения. Контрперенос может стать ситуацией фрустрации для врача. Например, больной напоминает неприятного человека из прошлого врача. Фрустрирующими ситуациями для врача могут быть агрессивное поведение пациента, конфликтное поведение пациента, направленное на снижение эмоционального напряжения и перенос на врача своих неудач. Идентичное значение имеют ситуации, когда пациент не готов или не может, или не хочет говорить о своих проблемах врачу, а врач ориентирован на быстрый контакт. Наиболее часто такой стиль поведения среди больных с хронической почечной недостаточностью и хроническим гемодиализом имели психопатизированные больные.

Психопатизация личности встречается у 10 – 15% больных хронической почечной недостаточностью и хроническим гемодиализом и имеет связь с длительностью гемодиализа, характером социального окружения, признаками резидуального органического поражения головного мозга (психоорганический синдром), алкогольной зависимостью. Психоорганический синдром в большей степени проявляется дезадаптивными реакциями, в которых выражен дисфорический или апатический компонент [2]. Такие больные часто проявляют вербальную и поведенческую агрессию, грубо нарушают пищевой режим, периодичность сеансов гемодиализа, капризны, употребляют алкоголь, наркотики, совершают кражи. Эти больные становятся очень трудной группой не только по медицинским критериям, но и по социальным [2].

Во время дискуссий в балинтовской группе для выявления психических компонентов болезни и ее психологических и социальных последствий использовалась процедура, сходная со сбором анамнеза. Она была ориентирована на выяснение и уточнение соматической симптоматики, приобретение опыта в психологическом понимании больных и в психотерапевтическом подходе к ним.

Круг проблем, занявших ведущее место в дискуссиях, был связан с трудностями установления контакта с больным, обусловленными психическими и психологическими особенностями больных с хронической почечной недостаточностью, получающих хронический гемодиализ.

Больные с хронической почечной недостаточностью, находящиеся на хроническом гемодиализе, отличаются большой частотой аффективных расстройств и более высокой частотой суицидов по сравнению с общей популяцией. Наиболее час-

то выявляется депрессия (78%) различной выраженности, тревожные расстройства (50%), астения (30%), обсессивно-фобические расстройства (20%). Для больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на хроническом гемодиализе, характерна прямая зависимость между тяжестью соматического состояния и развитием аффективных расстройств. В то же время на фоне улучшения самочувствия у больных может актуализироваться психотравмирующее влияние заболевания и социальных факторов, усиливается реакция личности на болезнь и лечение гемодиализом. Имеется прямая связь между длительностью диализа и тяжестью аффективных расстройств. Из соматических факторов на частоту тревожных и обсессивно-фобических расстройств влияют: наличие аритмии, длительность и выраженность артериальной гипертензии, анемии, показатель общего белка крови, содержание α_2 и β -глобулинов в крови, мочевины крови, креатинин крови. На частоту депрессивных расстройств влияют уровень гематокрита, креатинина, мочевины в сыворотке крови. На частоту астении влияют возраст, соблюдение режима гемодиализа, анемия.

Опыт работы балинтовских групп позволил сделать вывод, что аффективные расстройства лечащие врачи регистрировали у пациентов с хронической почечной недостаточностью и гемодиализом только тогда, когда они достигали большой выраженности. Констатация аффективных нарушений изменяла позицию врача в сторону дезактуализации межперсонального напряжения и побуждала либо к избеганию пациента, либо к обращению за помощью к психиатру. Все остальные варианты аффективных расстройств участвовали в формировании трудных межперсональных отношений врача и больного и оказывали негативное влияние на лечебный процесс. Кроме того, следует отметить, что депрессивные и тревожные расстройства влияют на выживаемость больных. Больные без тревоги и без депрессии крайне редко нарушают режим, и у них ослабляется негативное влияние сосудистого фактора и других феноменов, обусловленных симпатикотонией.

Не менее значимы по частоте обсуждения были случаи кризисных ситуаций в процессе лечения, обусловленные особенностями личности больных с хронической почечной недостаточностью, получающих гемодиализ. Изучение личности с помощью методики ММРІ отметило повышение показателей по шкалам психастении, паранояльности, депрессии, истерии. При этом у одного больного одновременно может фиксироваться подъем по нескольким шкалам. Анализ конфликтных ситуаций и кризисного поведения больных установил, что чаще

имели место нарастание агрессивности, склонности к обвинению окружающих в развитии конфликтных ситуаций, некритичного отношения к своему поведению и повышенной требовательности к окружающим [5]. В то же время, если удавалось в систему отношений врач–больной внести навык рационального разрешения проблем, агрессивные тенденции блокировались и формировались конструктивные отношения.

Как известно, механизмы психологической защиты и личностные особенности взаимосвязаны. Эта же тенденция характерна для больных хронической почечной недостаточностью, получающих хронический гемодиализ. В целом, у больных с хронической почечной недостаточностью и хроническим гемодиализом встречается широкий спектр механизмов психологической защиты. Наиболее существенные различия касаются сравнения групп женщин и мужчин. Женщины чаще применяют неэффективные механизмы: регрессию, гиперкомпенсацию, проекцию (перенос на окружающих собственных негативных чувств и представлений). Такая личностная характеристика, как тревожность, сочетается с напряжением всех механизмов психологической защиты, за исключением вытеснения и отрицания, которые как раз являются наиболее эффективными в отношении профилактики психогенных расстройств в специфических условиях лечения гемодиализом. Таким образом, женщины с повышенной тревожностью особенно предрасположены к психогенным расстройствам в условиях хронического гемодиализа, а, следовательно, являются источником наиболее проблемных профессиональных отношений врача.

Исследование уровня невротизации установило, что невротизация имеет место в 4 раза выше у мужчин, чем у женщин. Оказалось, что ситуация хронической почечной недостаточности и хронического гемодиализа изменяет половые различия в частоте возникновения невротических расстройств [1]. Женщины перестают быть лидерами по этой характеристике. В результате складывается противоречивая ситуация. Повышение качества жизни подразумевает сохранение социальной активности пациентов. Но сохранение социальной активности больных с хронической почечной недостаточностью, получающих хронический гемодиализ, осуществляется за счет механизмов, увеличивающих их невротизацию. Последнее, несомненно, отражалось на взаимоотношениях врача и больного и формировало трудную проблему выбора при формировании психотерапевтического контакта.

Одним из важных механизмов поведения являются копинг-стратегии (Мерфи, 1962). Это страте-

гии и действия, предпринимаемые человеком, чтобы овладеть трудной ситуацией и проблемой [4]. Цель копинг стратегии – достичь психического равновесия, эффективного приспособления к жизни, оптимальной адаптации. Хорошо отработанные и закреплённые копинг стратегии становятся стереотипами поведения и могут быть причиной конфликта со средой, так как при внешнем подобии могут не соответствовать содержанию ситуации.

Исследование копинг-стратегий установило, что в целом частота дезадаптивных и адаптивных стратегий поведения близкая у больных с хронической почечной недостаточностью и хроническим гемодиализом [2]. Это указывает на декомпенсацию, т.к. в норме доминируют адаптивные стратегии. Из адаптивных стратегий в поведенческой сфере преобладали сотрудничество (37%), обращение к поддержке (30%), альтруизм (25%), обращение за помощью (17%), в когнитивной сфере – сохранение самообладания (72%), проблемный анализ (60%), установление собственных ценностей (56%), в эмоциональной сфере – оптимизм (72%). Перечисленные копинг стратегии позволяли вовлекать больных в организацию лечения, помогали им соблюдать режим гемодиализа, терапевтические рекомендации. Из дезадаптивных стратегий наиболее часто обсуждались отвлечение, избегание, смирение, религиозность, растерянность, подавление эмоций. Дезадаптивные копинг стратегии приводят к психологической изоляции больного, сепарации от проблем болезни, лечения гемодиализом, и негативно отражались на соблюдении лечебного режима. Важно отметить, что у мужчин адаптивные стратегии в поведении наблюдаются чаще, чем у женщин (два к одному). В то же время женщины чаще используют адаптивные стратегии в когнитивной и эмоциональной сферах копинг поведения. Этим объясняется более низкий уровень невротизации женщин и большая социальная сохранность мужчин [7]. Таким образом, одним из ведущих внутренних конфликтов у пациентов с хронической почечной недостаточностью и хроническим гемодиализом является выбор либо в пользу сохранения социальной активности и нарастания невротизации, либо в пользу отказа от социальной активности и не нарастания невротизации. Но второе приводит к снижению качества жизни, формируются депрессивные, тревожно-депрессивные расстройства и повышается риск суицида.

Конечными целями балинтовской группы является приобретение навыка выделения и осознания факторов, блокирующих профессиональные отношения с пациентом; расширение представлений о лечебном процессе, формирование психотерапевтического кон-

такта с пациентами, психопрофилактика участников группы. Последнее обеспечивается возможностью проработки «неудачных» случаев в ситуации коллегиальной поддержки, и развитием навыка психотерапевтического контакта. Психотерапевтический контакт – это инструмент психологического влияния, способного приводить к позитивным переменам в чувствах, отношениях и поведении пациента. Он включает: выслушивание (отреагирование или вентилизация эмоционального напряжения), эмоциональную поддержку, обратную связь, при раскрытии своих мыслей, переживаний, поведения, удовлетворение ожиданий и потребностей. Основой психотерапевтического контакта являются: уважение, отсутствие морального осуждения, критики, желание помочь. Достигается это вербальными и не вербальными методами коммуникации.

Анализ ситуаций, блокировавших профессиональные отношения врачей с больными хронической почечной недостаточностью и хроническим гемодиализом, позволил выделить следующую дилемму – сложность установления баланса между самораскрытием пациента и самораскрытием врача. Недостаточное или слишком большое самораскрытие врача, накладывает ограничения на свободу общения и самораскрытие пациента. Присутствие в статусе больных большого удельного веса негативных эмоций затрудняло формирование в их адрес положительных чувств, эмпатии и затрудняло определение уровня умеренного самораскрытия в общении с пациентом. Негативные эмоции наиболее часто врачи испытывали в адрес агрессивных больных, больных, использовавших различные аспекты заболевания и ситуации гемодиализа с манипулятивными целями, и больных со скрытыми суицидными тенденциями. Однако ни один из врачей ни разу не заподозрил аутоагрессивный характер поведения своего пациента, и систематическое нарушение водного и пищевого режима квалифицировали как недисциплинированность. Обратило внимание, что формирование отношений с пациентами строилось на принципах безграничной терпимости, что часто превращало врачей в жертвы или заложников в системе отношений врач–больной.

Врачи центров гемодиализа сопровождают своих пациентов длительные интервалы времени. Проработав 2-3 года, они осознают необходимость формирования высоко эффективных отношений с пациентами, так как от этого зависит состояние здоровья пациентов. Например, агрессивные чувства в адрес врача могут подталкивать больного к тому, чтобы нарушить режим и создать врачу дополнительные трудности во время сеанса гемодиализа. В связи с этим формирование балинтов-

кой группы в цикле повышения квалификации происходило легко, и к концу первого занятия хорошо усваивались принципы работы и наращивалась продуктивность дискуссии. Краткосрочный характер группы накладывал большие ограничения в направлении тренинга основных составляющих психотерапевтического контакта. Работа такой балинтовской группы является, по сути, введением в практику работы и требует продолжения в двух-годичном семинаре. Нам представляется рациональным создание долгосрочных балинтовских групп для врачей-нефрологов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Ванчакова Н.П., Рыбакова К.В. Комплексная оценка психического состояния и стратегий совладающего поведения больных хронической почечной недостаточностью, осложнившейся синдромами боли и зуда в условиях гемодиализа. Психологические и психиатрические проблемы

клинической медицины. Сб. научн. трудов. посв. 100-летию кафедры психиатрии и наркологии СПбГМУ.- СПб.: Из-во НИИХ СПбГУ, 2000.- С. 138-139.

2. Ванчакова Н.П., Рыбакова К.В., Смирнов А.В. Нарушения поведения и негативные эмоции у больных с ХПН, получающих гемодиализ. Нефрология.-2000.- Т.4, № 2.- С. 92.

3. Кан М. Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения. Перевод с англ. Под ред. В.В.Зеленского и М.В.Ромашкевича. – СПб.: Б.С.К., 1997.- 143 с.

4. Карвасарский Б.Д. (общая редакция). Психотерапевтическая энциклопедия – СПб: Питер Ком.- 1998. – 752 с.:

5. Петрова Н.Н., Васильева И.А. Психологический портрет больных, находящихся на лечении методом перманентного гемодиализа. Нефрология.- 1998, -Т.2, № 3.- С. 84-91.

6. Balint M., Ornstein P.H., Balint E. Focal psychotherapy. – London, 1972

7. Vanchakova N.P., Ignatov J.D., Rybakova K.V., Smirnov A.V. Neurotic symptoms level and strategie for coping in patients with the end-stage renal disease pain, itching under chronic haemodialysis. Pain in Europe III. Advances in pain research and therapy. 4 Congress of the European Federation IASP Chapters. Nice, France 26-29 Sept.2000.- P. 340.

Поступила в редакцию 09.12.2002 г.