

© Н.Н.Петрова, 1998
УДК 615.851:616.61-088.64-036.12-085.38

Н.Н.Петрова

ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ МЕТОДОМ ГЕМОДИАЛИЗА

N.N.Petrova

PSYCHOTHERAPY IN PATIENTS WITH END-STAGE RENAL FAILURE UNDER THE HEMODIALYSIS TREATMENT

Научно-исследовательский институт нефрологии Санкт - Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, Россия

Ключевые слова: гемодиализ, психическая адаптация, психотерапия.

Key words: hemodialysis, psychic adaptation, psychotherapy.

В последние годы возрастает активность внедрения психотерапии в соматические клиники, что соответствует основному положению психосоматической медицины: лечить не болезнь, а больного. В нашей стране интерес к психотерапии заметно возрос за последние 20 лет. До этого в медицине доминировал органцентрированный подход, когда игнорировалось влияние психологических и социальных факторов и внимание сосредотачивалось на поиске органической основы для всех болезней. Имелись лишь единичные попытки объяснить этиопатогенез некоторых болезней с точки зрения примитивных кортико-висцеральных связей [4]. Современные исследователи подчеркивают необходимость перехода от психосоматического дуализма к оценке человека с позиции биопсихосоциального единства [10].

В прошлом в лечении соматических заболеваний уже производились попытки применения различных психотерапевтических направлений [6]. Преимущественное развитие получили симптоматические методы: все виды внушения, прямого и косвенного, включая гипнотерапию, успех которых бесспорен для снятия приступов бронхиальной астмы, снижения уровня артериального давления, уменьшения интенсивности болевого синдрома различного происхождения [8]. Неудачей психоаналитического направления, ориентированного только на психологическую трактовку симптомов, был обусловлен отказ от попыток применения личностно-ориентированной психотерапии у соматических больных. Наряду с этим, наиболее перспективной представляется именно личностно-ориентированная психотерапия. Согласно П.К. Анохину

[1—3], главная цель реабилитации — восстановление личностной структуры больного — является системообразующим фактором адаптации.

В настоящее время принято рассматривать реабилитацию как динамическую систему взаимосвязанных компонентов — медицинских, психологических и социальных, направленную не только на устранение элементарных болезненных симптомов, таких как боль или делириозные симптомы, но также на восстановление личностного и социального статуса больных. Рациональная направленность реабилитации заключается в воздействии не только на организм, но и на психосоциальное функционирование.

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) сопряжена с выраженными физическими, психологическими, социальными и сексуальными нарушениями, требующими мультидисциплинарного подхода, который бы обеспечил нивелировку факторов, препятствующих успешной адаптации к лечению. Проблема реабилитации больных, получающих лечение методом перманентного гемодиализа (ГД), стала особенно актуальной в связи с техническим совершенствованием гемодиализной терапии. Это обусловлено не просто увеличением продолжительности жизни больных, а формированием новой, искусственно созданной жизни, сопряженной с хронической ситуацией витальной угрозы. Вследствие этого назрела необходимость включения психотерапии в рутинный комплекс лечебных и реабилитационных мероприятий, применяемых при ГД, как средства психической адаптации пациентов.

Наш опыт базируется на наблюдении 178 больных с ХПН в течение 10 лет, в том числе в процессе лечения ГД. В основную группу вошли пациенты, получавшие централизованный ГД в НИИ нефрологии СПбГМУ. 67,2% больных относились к возрастной группе до 40 лет (среди пациентов, получающих лечение ГД, было более 80% больных моложе 50 лет и только 7,3% — старше 55 лет). Средний возраст составил $36,3 \pm 1,2$ года. Основным заболеванием, приводившим к ХПН и ГД, являлся гломеруло-нефрит (76,4%). В подавляющем числе случаев (до 93%) пациенты поступали на лечение во IIБ — IIIА стадии ХПН. Преобладали больные с длительностью заболевания от 6 до 15 лет (55,4%). Отмечена значительная длительность хронического заболевания почек в целом ($14,9 \pm 9,0$ года) и гипертензии ($8,6 \pm 5,4$ года). Давность ХПН составила $4,3 \pm 0,4$ года. Возраст начала болезни — $24,7 \pm 1,3$ года, промежуток времени от начала заболевания до лечения ГД равнялся, в среднем, $9,9 \pm 0,8$ года. 31,8% больных находились на этапе адаптации к ГД, большинство пациентов были на этапе стабильного ГД. Длительность лечения ГД составила $45,2 \pm 17,6$ мес. Примерно 16% больных перенесли в прошлом трансплантацию почки с последующим отторжением трансплантата.

В зависимости от образовательного уровня пациенты распределились следующим образом. Только 5,5% больных имели начальное и неполное среднее образование, 20% — закончили среднюю школу. Число пациентов, имевших среднее специальное и незаконченное высшее, и число больных с высшим образованием почти совпадало (соответственно 38,2 и 36,4%). В целом в исследовании преобладали люди со средним специальным и высшим образованием (всего 74,6% больных).

Лечение проводилось на аппаратах «Искусственная почка» фирмы «Althin» с применением бикарбонатного диализующего раствора и системы очистки воды. ГД осуществлялся с частотой 3 раза в неделю, длительность сеанса достигала 6 ч. Очищение по показателям мочевины и креатинина превышало 50%.

Нарушение режима было отмечено у 33% обследованных больных и выражалось преимущественно в прибавке массы тела в междиализный промежуток времени, достигавшей $3,2 \pm 0,6$ кг.

В основу исследования был положен симптоматико-синдромологический подход. Используются стандартизованные социально-демографический, клинико-психопатологический, катamnестический методы в сочетании с комплексом экспериментально-психологических методик. Это позволило совместить психо-

патологический анализ с категориальным аппаратом современной психологии (теории мотивации, эмоций, когнитивного стиля и т.д.).

Для характеристики личности больных применялся 16-факторный опросник Кеттелла, базирующийся на факторной модели личности.

Психическое состояние пациента, основные зоны конфликта, нарушение системы отношений оценивались с помощью проективных методик цветовых предпочтений Люшера и «незаконченные предложения».

Для изучения психологической защиты больных использовали методику LSI — «Индекс жизненного стиля» Plutchika—Kellermana.

Тип отношения к болезни диагностировали с помощью методики «Тип отношения к болезни», предназначенной для исследования системы отношений больных с хроническими соматическими заболеваниями.

В результате исследования была разработана система психодиагностики для данного контингента больных, выявлены специфические стрессовые факторы, установлены основные «зоны конфликта», определены особенности психологической защиты, типы отношения к болезни и характеристики личности больных. Полученные данные легли в основу разработки принципов психотерапии больных, находящихся на лечении ГД, изложенных в данной обобщающей статье.

При выборе психотерапевтического метода рекомендуется учитывать, что ведущими в клинической картине психических расстройств, развивающихся в условиях ГД, являются депрессивные расстройства. Г.И.Капран и Б.Дж.Сэдок [5] указывают, что в отношении депрессии эффективна когнитивная психотерапия, разработанная Aaron Beck, и которая может использоваться как изолированно, так и в сочетании с антидепрессантами. По мнению авторов, лечение депрессий может служить парадигмой когнитивного подхода. Кроме того, этот вид психотерапии рекомендуется для применения при тревожных расстройствах: панических, обсессивно-фобических, а также соматоформных, которые также часто наблюдаются у данного контингента пациентов.

Еще одним доводом в пользу использования когнитивной психотерапии диализных больных является то, что она ориентирована на текущие проблемы и их разрешение и проводится кратковременно. Терапевтические сеансы осуществляются дважды в неделю в течение 5—7 нед. Это обстоятельство актуально для больных в плане подготовки к лечению ГД, когда необходимо снять психопатологическую реакцию, преодолеть негативизм по отношению к ГД. Указанные особенности когнитивной

психотерапии также важны для вводного периода ГД, когда происходит процесс адаптации к лечению.

Учитывая, что лечение ГД может длиться годами, существенным является возможность длительной, также растянутой на годы, поддерживающей когнитивной психотерапии.

Немаловажно, что когнитивная терапия предполагает сотрудничество между врачом и больным, ролевое поведение врача должно включать квалифицированность и дружелюбие, что соответствует ожиданиям гемодиализных больных в отношении медицинского персонала. Задача психотерапевта, преимущественно, не советовать, а консультировать, помочь больному развить свою собственную мотивацию для изменения жизненного стиля. Врач должен работать вместе с больным на достижение этой цели в процессе консультирования. Однако в исключительной ситуации, связанной с эмоциональным напряжением, наличием выраженных расстройств настроения, необходимо дать больному ясный совет и даже принять меры по защите его от возможных агрессивных или саморазрушительных тенденций. Это особенно актуально для периода подготовки и адаптации больных к лечению ГД.

Когнитивная триада депрессии включает негативное самовосприятие, в результате которого больной видит себя как дефективного, неадекватного, оторванного от мира, никчемного и нежелательного. Это соответствует содержанию идей самоуничтожения у диализных больных. В триаду также входит восприятие окружающего мира как негативного, что также выражено у больных при лечении ГД, когда многие сферы жизнедеятельности для них становятся закрытыми. Еще одной составляющей когнитивной триады являются ожидания длительных страданий, лишения и неудач, что соответствует отсутствию лечебной перспективы, осложнений при ГД.

Цель когнитивной психотерапии заключается в достижении облегчения депрессии и предупреждении рецидива.

В связи с этим в ходе терапии предполагается решение следующих задач:

- идентифицировать и проверять негативные познания больных;
- развивать альтернативные схемы;
- удерживать новые когнитивные способности и поведенческие реакции.

Когнитивная терапия состоит из трех компонентов:

- 1) дидактические аспекты;
- 2) когнитивные методы;
- 3) поведенческие методы.

Дидактические аспекты подразумевают объяснение больному когнитивной триады и его ошибочной логики, объяснения связи между депрессией и мышлением, поведением, а также логическое обоснование всех аспектов лечения.

Когнитивный подход заключается в формировании у больного автоматических мыслей, как связи между внешними событиями и эмоциональной реакции субъекта на событие, проверка их адекватности, выявление дезадаптивных утверждений, свойственных больному.

Поведенческие методы направлены на изменение дезадаптивного познания и обучение новым стратегиям и путям преодоления ошибок. Для диализных больных особенно актуально обучение тому, как получать удовольствие, обучение самоуважению, методы отвлечения, ролевая игра. Последняя полезна для возникновения автоматических мыслей и для обучения новому поведению. Техника отвлечения подключает защитный механизм в виде переключения, эффективный для диализных больных, может способствовать активизации социальных контактов, физической и трудовой активности. Это может способствовать улучшению социально-трудовой реабилитации больных. Полезным может оказаться составление схемы деятельности больных в течение суток.

Подход к больному как к многофакторной системе является основой динамической психотерапии. Динамическая психотерапия направлена на формирование нового пути мышления [9]. Задача психотерапевта при этом — научить различать здоровую и больную части человеческой структуры. С точки зрения G.Ammon, альфа и омега психотерапевтического лечения — концепция социальной энергии как одной из форм психической энергии, которая меняется под влиянием межличностных и групповых динамических взаимосвязей, ведя к развитию человеческой структуры в целом, а также многофакторных человеческих функций. По мнению автора, деструктивная или даже дефицитарная социальная энергия всегда является частью расстройства личностной структуры.

С этих позиций психотерапия больных на ГД должна быть направлена на раскрытие содержательного внутриличностного конфликта. Это обусловлено проблемами в общении и семье (соответственно 14 и 10% пациентов с ГД), значительной частотой депрессивных доминирующих голотимических идей вины и самоуничтожения в связи с болезнью. Вследствие этого главной задачей рациональной, ролевой психотерапии является поиск смысла жизни, формирование новой системы ценностей, трансформация самосознания больных. Процесс психотерапии должен быть направлен на активацию

адекватных механизмов психологической защиты, способствующих успешной психической адаптации к ГД: компенсация и вытеснение субъективно значимых переживаний. Психотерапевтической коррекции требует психологическая защита по типу регрессии (возврат к инфантильным способам реагирования), сопряженная с депрессивными расстройствами.

Объектами психотерапевтического воздействия являются такие типы отношения к болезни, как сенситивный, неврастенический и меланхолический, так как их наличие повышает риск возникновения психических расстройств. В психотерапевтическом воздействии на больных следует ориентироваться на формирование гармоничного, эргопатического и анозогностического типов. Частота этих типов выше в группе больных без психических расстройств. Наиболее предпочтительным является эргопатический тип в связи с его высокой значимостью как фактора успешности психической адаптации к ГД.

При выборе тактики психотерапии следует учитывать личностные характеристики больных. Так, эффективность психологической защиты в значительной степени определяется соотношением ее механизма типу личности. Например, для больных с синтонными и гипертимными чертами наиболее адекватным является вытеснение, для сенситивных — рационализация и переключение. Важно учитывать, что формирование у больных таких черт, как зависимость, подчиняемость и практичность имеет адаптивный характер и сопряжено с наличием адекватных типов отношения к болезни. В то же время, важно помнить, что гемодиализным больным свойственна сниженная самооценка, сопряженная с фрустрированной потребностью социального достижения. Такие больные, как известно, особенно нуждаются в психотерапии [8].

Использование любого, даже симптоматического метода, включает основополагающее условие психотерапии — контакт с врачом и авторитет его. Еще S.Freud [16] в контексте «свободно плавающего внимания» рекомендовал, что психотерапевт должен быть открыт для любых проявлений со стороны больного. В связи с этим важна личность врача, как психотерапевта, так и нефролога, т. е. необходимо учитывать ожидания больных в этом отношении.

Как показало наше исследование, выраженным психотерапевтическим потенциалом обладает предоставление больным эмоциональной поддержки. Актуальность этого фактора подтверждается их ожиданиями в отношении медицинского персонала. Методика «оценочного конструирования» выявила предпочтительность для диализных больных «сопереживающего»

типа медика. Это указывает на необходимость установления с больными недирективного психотерапевтического контакта. Последнее близко концепции G.Ammon, согласно которой в основе реабилитации больных должно лежать обращение к личности больного, предполагающее сотрудничество между врачом (психотерапевтом) и больным. С позиции динамической психотерапии, ситуация лечения в клинике также может служить терапевтическим инструментом, базируясь на способностях кооперации и коммуникации терапевтической команды.

Психотерапия больных характеризуется рядом особенностей, обусловленных этапностью лечения ГД, связанным с ней своеобразием психотравмирующих факторов.

В последние 25 лет приобрел актуальность вопрос интеграции психотерапевтического и фармакотерапевтического подходов. В значительной степени это обусловлено появлением широкого спектра транквилизаторов, антидепрессантов и анксиолитиков. Обычно психотерапия расценивается как «мягкий» метод лечения. В зарубежной литературе есть указания на возможность использования лекарственных средств как пути установления взаимодействия с врачом при динамической психотерапии [11]. U.Nizzoli [14] считает, что психофармакотерапия должна применяться в лечении психосоматических больных. Подход к лечению больных с позиции биопсихосоциального единства подчеркивает необходимость комплексной терапии в случаях сочетания психических и соматических расстройств.

Единичные исследования посвящены изучению эффективности долговременной психотерапии в сравнении с антидепрессантами или в комбинации с ними при униполярной депрессии. E.Frank и соавт. [15] продемонстрировали преимущества фармакотерапии перед межличностной психотерапией, в то время как отчетливых преимуществ комбинированного подхода выявлено не было. Вместе с тем биопсихосоциальная природа нарушений дает основания для распространенной стратегии сочетания фармакотерапии и психотерапии [12]. Имеются свидетельства о меньшей частоте рецидивов в группе депрессий, леченных с применением когнитивной психотерапии [13].

Сказанное выше делает актуальной разработку стратегии лечения больных с психическими расстройствами в условиях ГД и свидетельствует в пользу комбинирования психотерапии и психофармакотерапии гемодиализных больных в виду отчетливых психосоматических взаимовлияний в условиях ХПН и ее лечения методом ГД: препараты ноотропного ряда, антидепрессанты, транквилизаторы анксиолитиче-

ского действия, нейролептики. Последние могут быть эффективны в лечении бессонницы, а также хорошо купируют агитацию и страх у больных с органическим поражением головного мозга.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечение ХПН методом ГД как ситуация хронической витальной угрозы представляет собой уникальную модель адаптации, в которой тесно переплетаются психические, физиологические и социальные аспекты адаптационного процесса.

Множественность систем, участвующих и взаимодействующих в процессе психической адаптации к болезни и лечению, разнообразие параметров и факторов обуславливают феноменологическую гетерогенность психических расстройств, развивающихся в условиях ГД и требующих специального психотерапевтического вмешательства. В клинике это находит отражение в сложной структуре синдромов, включающих психогенно-невротические регистры, проявления психоорганического синдрома, сочетание психогенных и соматогенно обусловленных расстройств. Такая сцепленность реактивных, эндогенных, соматогенных элементов приводит к стиранию границ между экзогенными и эндогенными, функциональными и органическими расстройствами. Имеется тесная взаимосвязь, неразрывность психического, соматического и социального аспектов лечения ГД.

Многие специалисты привыкли расценивать реабилитацию только как заключительный этап лечения, как адаптацию больного к конкретному дефекту, к новой ежедневной жизни, причем наиболее часто — на редуцированном уровне. Однако, с нашей точки зрения, для пациентов, получающих ГД, необходимой также является профилактически ориентированная реабилитация, подразумевающая психотерапевтическую работу с потенциальными пациентами ГД, что позволит облегчить адаптацию больных к ГД и повысит уровень психологической, социальной и трудовой реабилитации, качество жизни диализных больных в целом. Личностно-ориентированная психотерапия должна стать частью реабилитации, ресоциализации больных с ХПН, находящихся на лечении ГД. Психотерапевти-

ческие методы целесообразно сочетать с применением психофармакологической коррекции психического состояния этих больных.

Целесообразность комплексного подхода к ведению пациентов ГД с использованием психотерапевтических методов заключается в том, что он обеспечивает углубленное понимание закономерностей возникновения, динамики, клинических особенностей расстройств, возможность принципиально новой лечебной тактики, которая улучшает прогноз заболевания и повышает уровень реабилитации больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П.К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем.—М., 1971.—67 с.
2. Анохин П.К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем // Организация функций.—М., 1973.—С. 5—62.
3. Анохин П.К. Очерки физиологии функциональных систем.—М., 1975.—446 с.
4. Быков К.М. Вопросы кортико-висцеральной физиологии и патологии.—М., 1958.—С. 7—14.
5. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия / Пер. с англ.—М., 1994.—С. 315—365.
6. Карвасарский Б.Д. Неврозы: руководство для врачей.—М., 1990.—576 с.
7. Лукина И.С. Влияние клинко-психопатологических, социопсихологических и личностных факторов на динамику самооценки у маниакально-депрессивных больных // Аффективные расстройства: диагностика, лечение, реабилитация.—Л., 1988.—С. 138—142.
8. Мягер В.К. Психотерапия при соматических заболеваниях // Психические расстройства в соматической клинике / Сб. науч. трудов.—СПб., 1991.—С. 7—9.
9. Ammon G. Man as a multidimensional being in health and illness // *Dynamic Psychiatry*.—1994.—P. 307—311.
10. Battegay R. From the Psycho-soma dualism to humans as biopsychosocial entities // *Dynamic Psychiatry*.—1994.—P. 322—332.
11. Buda B. Integration of psychotherapy and pharmacotherapy. Practical and theoretical perspectives// *Dynamic Psychiatry*. — 1994.—P. 351—355.
12. Conte H.R., Plutchik R., Wild K.V. // *Arch. Gen. Psychiat.*—1986.—Vol. 43.—P. 471—479.
13. Evans M.D., Hollon D.S., De Rubeis R.J. // *Arch. Gen. Psychiat.*—1992.—Vol. 49.—P. 802—808.
14. Nizzoli U. Le machine teraapeutiche. La psychoterapia usata nei SERT.—Sert, Reggio Emilia, 1994.—P. 32—38.
15. Frank E., Kupfer D.J., Perel J.M. // *Arch. Gen. Psychiat.*—1990.—Vol. 47.—P.1093—1099.
16. Freud S. Recommendations to physicians practising psychoanalysis.—London, 1912.—Vol. 12.—P. 109—120.