

Опыт применения психотерапии у больных после трансплантации печени

Д.А. Верещагина, Н.М. Захарова

НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, Москва

Контакты: Дарья Анатольевна Верещагина adel1137@yandex.ru

Введение. У пациентов после трансплантации печени часто развиваются психические расстройства, требующие психотерапевтической коррекции. Цель исследования — оценка эффективности применения психотерапии (ПТ) у больных после трансплантации печени.

Материалы и методы. ПТ в рамках мультимодальной ПТ проводилась 15 больным с расстройствами адаптации (РА) и посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Выбор методик определялся преобладающей психопатологией, психотерапевтическим запросом и индивидуальными особенностями каждого больного.

Результаты. В ходе применения ПТ у пациентов были достигнуты клиническое улучшение психоэмоционального состояния, редукция симптомов ПТСР, некоторое уменьшение выраженности болевого синдрома. Также, по данным психодиагностических исследований, отмечено статистически достоверное снижение уровня ситуативной тревожности ($p < 0,001$) и депрессии ($p < 0,01$).

Заключение. ПТ в рамках мультимодальной ПТ эффективна у больных после трансплантации печени.

Ключевые слова: трансплантация печени, расстройства адаптации, посттравматическое стрессовое расстройство, психотерапия

The experience of use psychotherapy on the patients after liver transplantation

D.A. Vereshchagina, N.M. Zakharova

Research Institute for Emergency named after N.V. Sklifosovsky, Moscow

Objective: the patients after liver transplantation often develop psychic disorders, requiring the psychotherapeutic treatment. The aim of the study was to estimate the efficiency of psychotherapy (PT) on the patients after liver transplantation.

Subjects and methods: PT in terms of the multimodal PT was performed on 15 patients with the mental disorders: disorder of adaptation (DA) and posttraumatic stress disorder (PTSD). A choice of PT modality depended on dominating psychic disorder, psychotherapeutic need and personal peculiarities of patients.

Results: after performed PT the patients showed clinical improvement of emotional condition, reduction of PTSD symptoms, some reduction of pain syndrome. Also was diagnosed the reliable diminution of situational anxiety ($p < 0,001$) and depression ($p < 0,01$) level.

Conclusion: PT in terms of the multimodal PT is effective on the patients after liver transplantation.

Key words: liver transplantation, frustration of adaptation, posttraumatic stress disorder, psychotherapy

Введение

Ортопическая трансплантация печени (ОТП) — единственный на сегодняшний день радикальный метод лечения больных с циррозом печени. Это достаточно редкое вмешательство, несмотря на рост числа ОТП в последние годы. Высокая стрессогенность операции и последующего периода обусловлена значительной угрозой жизни, тяжестью соматического состояния, сложностью послеоперационного лечебного процесса, изменением уровня социальной активности [1, 2].

Согласно данным исследований N.M. Chiu и соавт. у пациентов после ОТП в 70 % случаев наблюдаются психические расстройства, такие как расстройство адаптации (РА), протекающие в виде тревоги, депрессии и нарушений сна, и посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР), бредовые расстройства [3]. Также описывают случаи развития ПТСР, проявляющегося чувством чрезмерного страха и беспомощности

перед серьезной угрозой жизни [1]. Помимо переживаний раннего послеоперационного периода, связанных с состоянием здоровья, позднее возникают психологические сложности, обусловленные изменением социального статуса, взаимоотношений и распределения ролей в семье, вероятностью сексуальной дисфункции; также имеют место интеллектуальное и эмоциональное противостояние трансплантируемому органу и «горе» о потере своего органа, в ряде случаев — чувство вины, мучительное экзистенциальное переживание из-за того, что для продления собственной жизни потребовалась смерть другого человека (донора) [2, 4, 5]. При этом все психические расстройства в раннем посттрансплантационном периоде протекают на фоне энцефалопатии смешанного генеза, которую следует учитывать при проведении психологической диагностики и для выявления которой недостаточно одних лишь методов психологического тестирования [2, 6].

Почвой для нарушений психического состояния больных после ОТП служит, помимо самой операции, длительный период предоперационного стресса, нарастающего за время нахождения в «листе ожидания» и изменяющего строй психики, истощая ее адаптационные резервы к моменту проведения трансплантации [1, 2, 7–9].

Отечественные и зарубежные исследователи проводят анализ выраженности тревожных и депрессивных расстройств у больных после ОТП, представляя некоторые результаты психодиагностики [1, 3, 6, 10]. Однако мало сведений об оказании этим пациентам психотерапевтической помощи, которая, будучи эффективной при многих психических расстройствах, в данном случае особенно актуальна по причине ограничения возможностей психофармакотерапии в связи с тяжелым соматическим состоянием и большим объемом медикаментозной терапии по поводу основного заболевания [2]. Встречаются упоминания о применении индивидуальной поддерживающей психотерапии (ПТ) у больных после ОТП (в рамках разговорной ПТ) [4]. М.Е. Olbrisch и соавт. дают рекомендации по применению интегративной модели ПТ (включая прогрессивную мышечную релаксацию, системную десенситизацию, самогипноз, техники визуализации, когнитивно-бихевиоральную ПТ) у пациентов с трансплантацией различных органов на протяжении всего лечебного процесса, делая акцент преимущественно на психологической помощи в дооперационный период [2]. При этом нет данных о результатах применения мультимодального подхода [4] в ранние сроки после трансплантации печени и о взаимосвязи выбираемых методик и их сочетания с ведущей психопатологией, данными анамнеза, личностными особенностями и динамикой психотерапевтического запроса. Отсутствуют сведения о методах работы при болевом синдроме у пациентов после ОТП. Все перечисленное обуславливает актуальность данного исследования.

Цель исследования — оценка эффективности применения ПТ у больных после трансплантации печени.

Материалы и методы

В исследование было включено 15 больных (8 мужчин и 7 женщин) в возрасте от 20 до 56 лет ($M \pm m = 37,5 \pm 12,9$), находившихся на лечении в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского после ОТП. Причиной трансплантации у 6 (40 %) пациентов был цирроз печени вирусной этиологии, у 5 (33,3 %) — первичный билиарный цирроз, у 2 (13,3 %) — аутоиммунный цирроз печени, у 1 (6,7 %) — первичный склерозирующий холангит с исходом в билиарный цирроз, у 1 (6,7 %) — цирроз в исходе болезни Вильсона–Коновалова.

У обследованных больных при первичном психотерапевтическом осмотре были диагностированы психические расстройства в виде реакции на тяжелый стресс и нарушений адаптации (F43 по МКБ-10),

протекающие у 13 (86,7 %) больных как РА (F43.2), у 2 (13,3 %) пациентов — в форме ПТСР (F43.1). У 3 пациентов мужского пола (20 % от общего числа обследованных) отмечен алкоголизм в анамнезе. Оценка психоэмоционального состояния и его динамики у больных проводилась с помощью клинического наблюдения и психодиагностических методик: интегративного теста тревожности (ИТТ) [11] и методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге [12]. Проведена статистическая обработка результатов тестирования. Результаты тестирования по методике ИТТ представлены в «сырых» баллах.

В группу исследования не были включены пациенты, у которых на момент первичного послеоперационного осмотра наблюдалась выраженная энцефалопатия печеночной этиологии, препятствующая объективной психодиагностике и ПТ, а также больные, не желающие использовать ПТ.

В предоперационном периоде ни один больной из группы исследования не получал психотерапевтической помощи по причине отсутствия показаний к ПТ, а также в ряде случаев в связи с тем, что дооперационное обследование и постановка в «лист ожидания» произошли до создания отделения кризисных состояний и психосоматических расстройств в институте.

Сроки начала ПТ варьировали в пределах от 4 до 35 сут со дня проведения ОТП ($M \pm m = 16,7 \pm 8,8$). Количество психотерапевтических сессий, проведенных с каждым больным, составило от 3 до 15 ($M \pm m = 6,9 \pm 4,0$). Продолжительность сессий была различной: от 15 до 60 мин. Частота сессий варьировала от ежедневного проведения до терапии с интервалом в 10 дней. Все выше перечисленное зависело от тяжести соматического состояния и особенностей психотерапевтического запроса. Всего было проведено 104 сессии в рамках мультимодальной ПТ с применением нескольких методик и их сочетаний. Применялись следующие направления и методики: рациональная ПТ, недирективная суггестивная (НС) ПТ, методики телесно-ориентированной (ТО) ПТ, символдрама, метод активного воображения, транзактный анализ, экзистенциальная ПТ и метод десенсибилизации и переработки движениями глаз в сочетании с нашей модификацией метода (ДПДГ/МДПДГ) [13] в рамках когнитивно-бихевиоральной ПТ. Выбор модальностей определяли на основании текущего соматического состояния, преобладающего психического расстройства, психотерапевтического запроса и индивидуальных особенностей каждого больного. Минимальное количество модальностей, применявшихся у 1 пациента, было равно 2, максимальное — 7, среднее — $3,9 \pm 1,4$.

Результаты и обсуждение

РА во всех случаях были представлены смешанной тревожной и депрессивной реакцией (F43.22), т. е. присутствовала как тревожная, так и депрессивная симпто-

матика, по интенсивности не превышающая смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) или другие смешанные тревожные расстройства (F41.3). Переживания пациентов проявлялись в виде грусти, тревоги, ипохондричности. В первые дни после операции они были связаны преимущественно с болевым синдромом, в последующем — с ощущением физической и эмоциональной астенизации, чувством чрезмерной продолжительности лечебного процесса и слишком медленного улучшения общего состояния по сравнению с ожидаемым, переживанием угрозы отторжения трансплантата и неопределенности относительно жизненного прогноза. Ряд пациентов уже в первые дни после ОТП высказывали тревожные мысли о будущем, в котором их ожидает вынужденное ограничение активности в семейной и профессиональной сферах, говорили про опасения, связанные с прибавкой массы тела на фоне иммуносупрессивной терапии. Почти у всех больных наблюдались диссомнические расстройства в виде сложности засыпания и поверхностного ночного сна.

У 2 больных с симптомами становления ПТСР, помимо вышеперечисленных психопатологических проявлений, имели место непроизвольные воспоминания (flash-backs) о дне операции, начиная с момента сообщения о наличии донорского органа и необходимости срочно прибыть в клинику для проведения ОТП, и заканчивая ощущениями после выхода из наркоза. Воспоминания сопровождались интенсивными эмоциями страха вплоть до панического ужаса. Пациенты говорили о невозможности освободиться от этих воспоминаний и о беспокойных сновидениях, связанных с пережитыми событиями.

При психодиагностическом обследовании перед началом ПТ были получены повышенные показатели ситуативной тревожности 11 (73,3 %) пациентов, личностной тревожности — в 100 % случаев, депрессии — у 13 (86,7 %) пациентов. Средние показатели тревожности и депрессии были следующими: $26,07 \pm 9,31$ балла по шкале СТ-С (ситуативная тревожность), $32,47 \pm 7,03$ балла по шкале СТ-Л (личностная, или хроническая, тревожность), $58,33 \pm 7,75$ балла по шкале депрессии. Выявлена корреляция между показателями по шкалам СТ-С и СТ-Л ($r = 0,76$). Корреляций между показателями тревожности и депрессии, а также какой-либо связи результатов тестирования с полом и возрастом не выявлено. Важно отметить, что, отвечая на вопросы шкалы СТ-Л, пациенты часто переспрашивали, какой период времени имеется в виду: до начала болезни или после, так как отмечали ощутимую перемену к худшему в своем эмоциональном состоянии с началом болезни по мере ее усугубления. Поскольку вопросы шкалы СТ-Л направлены на выявление привычного уровня тревожности на протяжении последнего года, то все ответы относились к периоду болезни и в большинстве случаев ко времени нахождения в «листе ожидания» трансплантации.

В связи с тяжелым соматическим состоянием пациентов в ранний послеоперационный период первые сессии ПТ проводились у постели больного. Позже некоторые пациенты самостоятельно приходили в психотерапевтический кабинет.

Рациональная ПТ, НС ПТ и ТО ПТ применялись в первые 2–3 сессии практически у всех пациентов. Рациональная ПТ была необходима в качестве разъяснительной терапии, включавшей обсуждение и уточнение известной пациенту информации о лечебном процессе, прояснение принципа и смысла применяемых психотерапевтических методик, проговаривание и дезактуализацию ложных страхов и ожиданий.

При работе по методике НС ПТ больным, находящимся в трансовом погружении, суггестировался ресурсный, чаще природный, образ, по выбору пациента, и на этом фоне давались формулы спокойствия, расслабления и уменьшения боли. В итоге достигалось комфортное ощущение в теле, редукция тревоги, улучшение настроения. У всех пациентов применялся ресурсный транс «простройка будущего» с целью формирования устойчивого образа желаемого, успешного будущего и прежде всего продолжения самой жизни в течение многих лет.

ТО ПТ применялась как изолированно, так и на фоне НС ПТ, преимущественно при наличии выраженного болевого синдрома. Различные методики ТО ПТ, в том числе и предполагающие контакт рук психотерапевта с проблемной частью тела, позволяли достигнуть глубокой релаксации в сочетании с устойчивым удержанием внимания пациента на болезненной области тела и ощущениях от контакта с руками психотерапевта. В итоге ощущения в болезненной части тела трансформировались вплоть до купирования болевого синдрома. В ходе сессий ТО ПТ многие пациенты осваивали самостоятельные приемы работы с телом. Применение данной модальности также было актуально при наличии характерной для данных больных жалобы на неприятное ощущение чуждости и иногда враждебности пересаженного органа в сочетании с иррациональным чувством вины перед донором. В таких случаях ПТ была направлена на принятие трансплантированного органа и трансформацию чувства вины в благодарность.

Важно отметить, что в результате применения НС и ТО ПТ уменьшалась выраженность астении: больные отмечали ощущение силы, возвращающейся в тело, и появление желания больше двигаться (насколько позволяло состояние).

ПТ в модальностях символдрамы, метода активного воображения, транзактного анализа и экзистенциальной ПТ проводилась с пациентами, высказавшими потребность в ПТ не только по поводу текущего состояния, связанного с ОТП, но и с более широким кругом вопросов: разрешение давних проблемных ситуаций, межличностных и внутриличностных конфликтов. Применение названных методик и направлений пред-

полагало активный психотерапевтический запрос, желание исследовать свой душевный мир, невзирая на переживаемое при такой работе промежуточное состояние эмоционального дискомфорта, готовность находить ответы на вопросы экзистенциального плана. Также была желательна хорошая способность к визуализации, позволяющая свободно работать с образами по методикам символдрамы и активного воображения. Через взаимодействие с образами значимых людей и событий происходила проработка болезненных переживаний, что давало возможность по-новому взглянуть на некоторые события жизни.

Транзактный анализ был актуален в случаях проблем, берущих начало в период детства, в родительской семье. Работа в данной модальности была направлена на поиск причин текущих переживаний, не связанных с ОТП. Улучшение эмоционального состояния происходило в результате пересмотра личной истории и проявлялось восстановлением потерянной жизненной силы, с осознанием жизненных «сценариев», переигрыванием прошлого, завершением прерванных коммуникаций, принятием и прощением.

С некоторыми пациентами, в том числе с пережившими до пересадки печени критическое состояние, в ряде случаев — клиническую смерть, работа спонтанно переходила в регистр экзистенциальной ПТ, дающей возможность осознать смысл, «миссию» своего существования.

Клинический случай. Пациентка М., 41 года, ОТП в связи с аутоиммунным циррозом печени. ПТ начата на 12-е сутки после операции. Психотерапевтический запрос: работа с болевым синдромом, потребность осознать смысл своей жизни и задачи, ради которых эта жизнь продлена. Больная сообщает, что до ОТП двукратно имела опыт клинической смерти в связи с основным заболеванием: «В первый раз я осознала себя под потолком, когда увидела свое тело, лежащее на полу. Мой муж тряс это тело и хлопал по щекам, пытаясь привести меня в чувство. Мне было смешно наблюдать за его действиями... Во 2-й раз это произошло в тот период, когда мое состояние здоровья усугубилось и я испытывала такую сильную усталость от этого проблемного тела, что подсознательно желала умереть. И в этот раз мой «отлет» произошел гораздо дальше. Я уже не видела своего тела со стороны, а сразу оказалась в какой-то комнате, за столом перед седовласыми старцами. Они задавали мне вопросы о моей жизни, а потом один из старцев сказал: «Ты еще не готова, тебе надо возвращаться». И я очнулась в теле, в реанимации. Через несколько недель пришла моя очередь на трансплантацию». С этой пациенткой было использовано несколько модальностей ПТ, в том числе экзистенциальная ПТ, в ходе которой больная пришла к пониманию, что продолжение жизни имеет смысл в любом случае, поскольку даже при проблемном состоянии здоровья и неопределенности прогноза, возможном ухудшении внешности в связи с увеличением массы тела, при потерянной трудоспособности

и невозможности в полную силу заниматься домашними делами, она все равно дорога своим мужу и дочери, любима и нужна им независимо от состояния ее здоровья. К тому же каждый день жизни был осознан как шанс для узнавания, понимания чего-то нового. Пациентка успешно освоила несколько самостоятельных техник ПТ и решила углублять познания в этой области, насколько хватит времени и сил.

Методики ДПДГ/МДПДГ применялись прежде всего у больных с симптомами становления ПТСР с целью десенсибилизации психотравматических переживаний, ставших причиной flash-backs и кошмарных сновидений. Редукция данной симптоматики достигалась за 1–2 сессии. Также ДПДГ/МДПДГ были актуальны у пациентов, у которых возникал психотерапевтический запрос на работу с «застарелыми» психотравмирующими ситуациями. В ходе проработки событий прошлого пациенты обучались самостоятельному применению ДПДГ/МДПДГ.

У 1 пациента на фоне РА имела место реакция горя (DSM-IV) в связи с гибелью матери (была сбита машиной), произошедшей за 2 нед до проведения ему ОТП. Переживание утраты сопровождалось чувством вины. Со слов больного, «смерть матери ускорила наступление очереди на трансплантацию; мать принесла себя в жертву ради того, чтобы я жил». С данным пациентом применение вышеназванных методик происходило в рамках терапии реакции утраты, направленной на «отреагирование горя» и освобождение от чувства вины.

Следует отметить, что у пациентов с алкоголизмом в анамнезе имела место сложность формулирования психотерапевтического запроса и извлечения ресурса при работах в модальностях НС ПТ, ТО ПТ, наблюдались меньшая включенность в ПТ, сложности визуализации и концентрации внимания на заданном мотиве при работе по методике символдрамы. Также эти больные не ставили психотерапевтических задач, связанных с проработкой проблемного прошлого и «простройкой будущего». Все эти сложности возникали, вероятно, по причине ослабления волевого компонента психики по алкогольному типу, что давало несколько меньший клинический эффект ПТ по сравнению с результатами у остальных пациентов.

Данные психодиагностики по завершении ПТ показали достоверное уменьшение уровня тревожности по шкале СТ-С с $26,07 \pm 9,31$ до $21,40 \pm 6,80$ балла ($p < 0,001$) и депрессии с $58,33 \pm 7,75$ до $53,13 \pm 8,97$ балла ($p < 0,01$). Некоторое уменьшение показателей шкалы СТ-Л ($32,47 \pm 7,03$ до $31,60 \pm 8,24$ балла) было статистически недостоверным.

Заключение

У больных после ОТП в ранний послеоперационный период на фоне физической и эмоциональной астенизации и болевого синдрома развиваются реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации,

протекающие как РА и ПТСР, клинически проявляющиеся в виде нарушений сна, ипохондричности, тревоги, депрессии, страха, связанных как с текущим лечебным процессом, так и с представлениями о будущем. Психодиагностически у больных определяются повышенные показатели по шкалам ситуативной и личностной тревожности и депрессии. В результате проведения ПТ в рамках мультимодальной ПТ достигаются редукция психопатологической симптоматики, уменьшение астении и достоверное снижение показателей по шкалам ситуативной тревожности и депрессии. Применение ТО ПТ приводит к уменьшению выраженности болевого синдрома и способствует психологическому приятию трансплантированного органа. Помимо редукции текущих психопатологических проявлений в ряде случаев достигаются проработка застарелых психотравматических переживаний, разрешение вопросов экзистенциального плана, освоение самостоятельных техник ПТ. Алкоголизм в анамнезе снижает эффективность ПТ.

При выборе психотерапевтических модальностей и последовательности их применения целесообразно

ориентироваться на текущее соматическое состояние, преобладающее психическое расстройство, психотерапевтический запрос и индивидуальные особенности пациентов. Рациональная ПТ, НС ПТ, ТО ПТ и ДПДГ/МДПДГ дают положительный эффект практически у всех пациентов, независимо от выраженности астении, характера запроса, включенности больных в психотерапевтический процесс, навыков самонаблюдения и визуализации. Успешное применение символдрамы, метода активного воображения, транзактного анализа, экзистенциальной ПТ предполагают активный психотерапевтический запрос, готовность исследовать свой душевный мир и в идеале — развитую способность к визуализации.

Дальнейшего исследования требует вопрос взаимосвязи психоэмоционального состояния до ОТП и характера психических расстройств в послеоперационном периоде. Также необходимо изучать влияние ПТ в ранний период после ОТП на здоровье, выживаемость, психическое состояние и социальную адаптацию пациентов в отдаленном периоде (спустя годы после трансплантации).

Л и т е р а т у р а

1. Greiner C.B., Roccaforte W. Psychiatric issues in liver transplantation. *Semin Liver Dis* 1989;9(3):184–8.
2. Olbrisch M.E., Benedict S.M., Ashe K., Levenson J.L. Psychological assessment and care of organ transplant patients. *J Consult Clin Psychol* 2002;70(3):771–83.
3. Chiu N.M., Chen C.L., Cheng A.T. Psychiatric consultation for post-liver-transplantation patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009;63(4):471–7.
4. Психотерапевтическая энциклопедия. Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2006. 944 с.
5. Burra P., Germani G., Masier A. et al. Sexual dysfunction in chronic liver disease: is liver transplantation an effective cure? *Transplantation* 2010;89(12):1425–9.
6. Михайличенко Т.Г., Герасимова О.А., Жеребцов Ф.К., Райхельсон К.Л. Результаты психологического исследования больных циррозом печени вирусной этиологии после трансплантации печени. *Вестн трансплант и искусств органов* 2010;(1):27–32.
7. Heinrich T. W., Marcangelo M. Psychiatric issues in solid organ transplantation. *Harv Rev Psychiatry* 2009;17(6):398–406.
8. Levenson J.L., Olbrisch M. E. Shortage of donor organs and long waits. *Psychosomatics* 1987;28(8):399–403.
9. Герасимова О.А., Михайличенко Т.Г., Жеребцов Ф.К. и др. Некоторые теоретические аспекты комплексного клинико-психологического исследования больных аутоиммунными заболеваниями печени с исходом в цирроз перед трансплантацией печени. *Вестн трансплант и искусств органов* 2010;(3):62–8.
10. Михайличенко Т.Г., Герасимова О.А., Жеребцов Ф.К., Гранов Д.А. Сравнительное исследование структуры эмоциональных нарушений у больных до и после ортотопической трансплантации печени. *Вестн трансплант и искусств органов* 2011;(2):52–7.
11. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности: методические рекомендации. СПб.: Адаптест, 1997. 23 с.
12. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие. Самара: ИД «Бахрах-М», 2001; с. 82–3.
13. Епифанова Н.М., Полянина Д.А., Смирнов С.В. Метод десенсибилизации психотравмы у пострадавших с ожоговой болезнью. *Сб. науч. трудов I съезда комбустиологов России. М., 2005; с. 250–1.*