

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СТОМОЙ КИШЕЧНИКА: ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД

© 2010 Н.В. Дейнека

Самарский государственный медицинский университет

Статья поступила в редакцию 18.05.2010

В данной статье рассматривается интегративный подход к реабилитации пациентов со стомой кишечника, приводятся данные психодиагностического исследования и основные аспекты психологической помощи.

Ключевые слова: стома кишечника, реабилитация, психологическая и социальная адаптация.

В последние годы во всем мире наблюдается значительный рост числа людей, перенесших операции на кишечнике с наложением стомы (греч. *stoma* – устье, рот). По данным ВОЗ в каждой стране их количество составляет 0,05% – 0,1% от численности населения¹. Формирование кишечной стомы является составной частью одномоментной или многоэтапной операции, направленной на ликвидацию какого-либо патологического процесса терминального отдела тонкой или толстой кишки, т.е. проводится только по жизненным показаниям. Большая часть стомированных пациентов (94%) – люди, прооперированные по поводу онкологических заболеваний. К оставшимся 6% относятся пациенты с неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона, болезнью Гиршпрунга, а также с травматическим поражением кишечника².

Несмотря на то, что техника наложения стомы известна вот уже на протяжении двухсот лет, понятие «стоматерапия» сравнительно недавно вошло в наш лексикон. Как вид медицинской помощи, стоматерапевтическая помощь, в значительной мере связана с социальными и психологическими аспектами, но лишь во второй половине двадцатого столетия была признана необходимость комплексной реабилитации стомированных пациентов. В России только в начале 90-х годов наметилась тенденция к началу организованного, качественного процесса медико-социальной реабилитации стомированных больных и интеграции их в общество³.

Реабилитационный процесс в современной концепции – это поэтапное восстановление или компенсация нарушенных функций организма и трудоспособности пациента, достигаемые применением комплекса медицинских, психолого-педагогических и социальных мероприятий. Каждый этап имеет свои цели и задачи, реализуемые медицинскими и немедицинскими организациями и учреждениями. Задачей системы комплексной реабилитации людей, перенесших операцию по наложению кишечной стомы, является интеграция клинических, психологических и социальных составляющих реабилитационного процесса, конечной целью которого станет радикальное улучшение качества жизни стомированных пациентов.

Одной из самых важных проблем в процессе всей медико-социальной реабилитации стомированных людей является проблема психологической реабилитации. Пациенты, как правило, очень тяжело переживают своё новое состояние, особенно непосредственно после выписки из стационара⁴. Изменение привычного образа тела приводит к ощущению физической и психологической неполноценности, формированию заниженной самооценки и высокой степени неудовлетворённости жизнью. Контроль функции кишечника и поддержание гигиены тела приобретают первостепенное значение⁵. Основным способом оказания психологической помощи является создание позитивного отношения и принятия пациентом самого факта стомирования; осознание психологических механизмов болезни, восстановление нарушенных отношений личности больного, устранение неадекватных реакций и форм поведения пациента путем воздействия

⁰ Наталья Владимировна Дейнека, кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры медицинской психологии и психотерапии.

E-mail: Deineka74@mail.ru

¹ Суханов В.Г. Социальная адаптация пациентов со стомой. Проблемы и решения. – М.: 2004.

² Суханов В.Г. Социальная реабилитация стомированных больных в современной России: Социологический аспект: Автореф. дис. канд. соц. наук). – М.: 2004.

³ Манихас Г.М., Оршанский Р.Н., Фридман М.Х. Основы стоматерапии. – СПб.: 2000.

⁴ Александров В.Б., Голубева М.Ю. Реабилитация пациентов с кишечной стомой в Москве: Материалы научной конференции «Актуальные проблемы колопроктологии». – М.: 2005. – С. 309.

⁵ Платонова О.В. Психологическая реабилитация стомированных больных: Материалы научно-практического семинара. – М.: 2003.

на все основные компоненты отношения к болезни – познавательный, эмоциональный и поведенческий, при максимальном участии пациента в реабилитационном процессе⁶.

Несмотря на актуальность изучаемой проблемы, остаются малоизученными вопросы психологического подхода к реабилитации пациентов со стомой кишечника, отсутствует адаптированная, структурированная программа оказания им психологической помощи. Имеющиеся в литературе данные ориентированы в основном на социальные аспекты реабилитационного процесса.

С целью составления программы психологической помощи в системе комплексной реабилитации пациентов со стомой кишечника на базе Клиник СамГМУ, в Кабинете реабилитации стомированных пациентов проведено психодиагностическое исследование. Основную группу составили 65 пациентов с кишечными стомами, из которых мужчин – 29 человек (44,6%), женщин – 36 (55,4%) в возрасте от 47 до 66 лет со сроком функционирования стомы в среднем 6 – 12 месяцев. В контрольную группу вошли 35 человек, не имеющие стомы кишечника, идентичного половозрастного состава и социального статуса.

Методы исследования: 1) методика исследования самооценки по Дембо-Рубинштейн; 2) Интегративный тест тревожности⁷; 3) Тест рисуночной фрустрации Розенцвейга; 4) Метод «незаконченных предложений»; 5) Торонтская Алекситимическая Шкала; 6) Опросник «Стома – Качество жизни».

Данные семейного анамнеза позволили определить, что преобладающее число пациентов проживают с семьями (92%), 8% проживают одни, но имеют близких родственников. 80% респондентов имеют инвалидность II группы, 16% находятся на инвалидности I группы, 4% с инвалидностью III группы. Большая часть испытуемых имеют высшее образование (64%), средне-специальное образование получили 20%, общее среднее образование имеют 16%. В трудоспособном возрасте находится 56% пациентов, 44% пациентов пенсионного возраста.

В результате проведенного исследования у 72% испытуемых выявлена тенденция к предъявлению жалоб на снижение настроения, 64% отметили социальные ограничения в связи с наличием стомы, у 56% испытуемых стома вызывает чувство неполноценности. Необходимость психологической помощи отметили 100% пациентов. Для пациентов с кишечной стомой харак-

терна пониженная самооценка (72%), главным образом за счет неудовлетворенности собой и своим здоровьем. Эмоциональное состояние стомированных пациентов характеризует высокий уровень ситуативной (40%) и личностной тревожности (60%), основным компонентом в структуре которой является тревожная оценка перспективы. Этот компонент достоверно коррелирует с неблагополучной сферой «отношение к будущему», которая является одной из самых проблемных для данных пациентов ($r=0,5$; $p<0,01$). Данное состояние, возможно, обусловленное не только наличием стомы, но и основным заболеванием, позволяет говорить о проекции страхов и опасений в будущее и в целом свидетельствует о необходимости коррекции внутренней картины болезни. Наличие стомы вызывает эмоциональное напряжение, беспокойство, чувство вины. Пациенты склонны концентрироваться на своих проблемах, отдаляясь и ограничивая общение даже с близкими им людьми, что подтверждается выявленной конфликтностью семейной сферы.

Сопоставление основной и контрольной групп показало, что в ситуации фрустрации у испытуемых основной группы достоверно преобладают экстрапунитивные реакции эго-защитного типа ($p<0,05$). Выявлено достоверное снижение суммарного показателя реакций препятственно-доминантного типа ($p<0,01$). Получены следующие общие образцы: 1) $E > M > I$; 2) $ED > NP > OD$; 3) $ED > E > M$; 4) $E > I > M'$. В ситуации прямого обвинения чувство ответственности у испытуемых заменяется неконструктивным переживанием чувства вины, они склонны оправдываться и нуждаются в защите (повышенное значение формулы $E+I$ (15%) за счет повышенного I (8,9%), а также пониженное значение формулы $I-I$ (4,8%)). Суммарный показатель самообвинительных, а также внешнеобвинительных реакций снижен, что подтверждается и резко пониженным значением формулы $E-E = 17,7\%$ (чистое значение внешнеобвинительных реакций) ($\Sigma E = 43\%$; $\Sigma I = 25,8\%$). Показатель микросоциальной адаптации GCR резко снижен (32,1%).

При изучении системы отношений у пациентов со стомой кишечника выявлено наличие чувства вины и страхов, нарушение отношения к будущему, неблагополучие в сфере семейных отношений, и отношения к себе. Наиболее значимыми проблемными сферами являются «отношение к будущему» (56%), «чувство вины» (64%), «отношения с членами семьи» (48%), «страхи и опасения» (48%), «отношение к себе» (46%).

При анализе данных исследования по Торонтской алекситимической шкале выявлено достоверное преобладание алекситимических

⁶ Платонова О.В. Психологическая реабилитация стомированных больных. – М.: 2004.

⁷ Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): Методические рекомендации. – СПб.:1997.

черт у испытуемых основной группы (среднее значение $71 \pm 3,9$ у 72% респондентов), в контрольной группе преобладающее количество испытуемых (68%) представляют собой неалекситимический тип личности (среднее значение $61 \pm 2,5$). Как известно, под алекситимией понимают ограниченную способность к восприятию эмоций и их словесному выражению. Алекситимический тип личности характеризуется трудностями в определении и описании собственных переживаний, сложностью в различении чувств и телесных переживаний, снижением способности к символизации. Указанные особенности вызывают трудности в осознании эмоций и когнитивной переработки аффекта, что ведет к усилению физиологических реакций на стресс.

В результате исследования основной группы с помощью опросника «Стома – качество жизни» мы обнаружили, что общее среднее значение качества жизни пациентов с кишечными стомами составляет $57,1 \% \pm 5,3$. При этом у женщин этот показатель, в сравнении с мужчинами, достоверно ниже ($49,8 \pm 6,6$ и $65,6 \pm 5,5$ соответственно) ($p < 0,01$). Наиболее значимыми факторами, влияющими на качество жизни стомированных пациентов, являлись: адекватное информирование и психологическая подготовка в пред- и раннем послеоперационном периоде; оказание своевременной психологической помощи и восстановление социальной активности; принятие и эмоциональная поддержка семьи.

На основании данных психодиагностического исследования нами была разработана программа психологической помощи стомированным больным, включающая в себя три последовательных этапа: информационный, психодиагностический и этап психокоррекционного вмешательства.

Информационный этап проводится совместно с врачом и включает в себя: установление контакта; установление эмоционально стабильных, доверительных отношений между психологом и пациентом; снижение аффективного напряжения; создание атмосферы конструктивного взаимодействия. На начальном этапе психолог знакомится с пациентом, выясняет особенности его личности, ценностных ориентаций, ведущих мотивов. Основная задача – выяснить отношение пациента к заболеванию. Именно эти знания ложатся в основу разрабатываемой и внедряемой программы психотерапии и реабилитации. Так же на этом этапе происходит осуществление адекватного информирования пациента о его болезни, о причинах и последствиях стомирующей операции, о возможностях компенсации нарушенных функций организма, о способах получения специализированной медико-психологической и социальной помощи, т.е. работа с внутренней картиной болезни. Поведение больного в

болезни зависит от его индивидуального опыта и опыта общения с другими людьми, который он приобретал в процессе социализации, в первую очередь, в нуклеарной семье. У каждого существует «эталон» поведения в болезни. Он зависит от системы ценностей личности, места, которое в ее сознании занимает болезнь. Болезнь не исчерпывается физическими нарушениями. Основные характеристики болезни касаются всех социальных основ жизни пациента. Ведь в результате заболевания пациент оказывается вне круга привычных социальных связей, происходит «потеря сетевой линии общения». Эта потеря сопровождается развитием состояния фрустрации. Личность, неустойчивая к фрустрации (а болезнь является мощным фрустрирующим фактором), испытывает сильное эмоциональное потрясение. Больные часто жалуются на чувство собственной малоценности, одиночества и ненужности. Поэтому первоочередная задача психологической помощи пациенту – вернуть ему утраченную веру в выздоровление, восстановить потерянную связь с окружением, помочь лучше адаптироваться в новой для него среде лечебного учреждения. Еще одна потеря, переживаемая больным, – это потеря контроля над ситуацией: он чувствует себя жертвой обстоятельств, он больше не хозяин собственной жизни. Изменение эмоционального состояния у некоторых пациентов может дойти до тоски и отчаяния. Вектор агрессии может быть направлен на себя, этот феномен обозначается понятием «собственная вина в болезни», или во вне. Очень часто в подобных обстоятельствах пациент прибегает к привычным неадаптивным механизмам психической защиты, начинает искать «кто виноват», хотя более конструктивно ему следовало бы решить «что делать», как организовать лечение⁸. Стоматерапевт осуществляет обучение правилам ухода и использованию средств ухода за стомой, рационализации питания и образа жизни.

На психодиагностическом этапе исследуются психологические особенности стомированных больных, определяются факторы, неблагоприятно влияющие на социально-психологическую адаптацию, выделяются мишени психологической коррекции. Осуществляется планирование психокоррекционных мероприятий и формирование позитивной мотивации на принятие психологической помощи. Процедура психологического исследования является запуском психокоррекционной программы. Так, уже в ходе психодиагностического исследования и процессе клинической беседы происходит осознание ранее не воспринимаемых (подавляемых) внутриличностных конфликтов и проблем в межличностных

⁸ Мельченко Н.И. Клиническая психология. – Самара: 2002.

отношениях. На этапе ранней госпитализации особое внимание должно быть обращено на процесс адаптации больного к условиям стационара – рациональное палатное размещение, создание благоприятной обстановки в отделении, предупреждение возможных эгротогений, включение больного в группу поддержки.

Вслед за этапом психодиагностики последовательно проводится психокоррекция. В своей реабилитационной программе мы используем методы экзистенциальной, когнитивной психотерапии, техники изменения убеждений. Этот этап включает в себя несколько основных направлений:

Психологическая адаптация и формирование адекватного отношения к наличию стомы. По данным исследования основной проблемой пациентов является изменение образа тела и потеря контроля над физиологическими функциями организма, что приводит к снижению самооценки и неудовлетворенности собой. Психологическая помощь заключается в работе с «Я-концепцией» и направлена на принятие нового телесного образа, повышение самооценки за счет переориентации интересов личности, актуализации неосмысленных возможностей и вовлечения пациентов в психотерапевтическую работу внутри групп взаимопомощи с актуализацией ресурса социальной поддержки.

Нормализация эмоционального состояния. Многие пациенты испытывают страх, одиночество, тревогу и совершенно растеряны после стомирующей операции. Нарушение эмоционального состояния негативно влияет на послеоперационное восстановление и адаптацию в целом. Важно, чтобы пациент мог выразить свои мысли и чувства, задать актуальные для него вопросы. Особо ответственно необходимо подходить к ответам на вопросы относительно клинического диагноза, в частности у больных с онкологическими заболеваниями. При искажении когнитивного компонента внутренней картины болезни применяется алгоритм разъяснений с противопоставлением существующим отрицательным установкам системы положительных представлений. У тревожных пациентов используется методика «Декатастрофизация» или методика «что, если...». Задавая вопросы пациенту, психолог начинает увеличивать объем информации, на основании которых пациент делает прогнозы, а также расширяет его временную перспективу.

Основной задачей психокоррекции является формирование позитивной установки на выздоровление и способность своего организма сопротивляться заболеванию; изменение самовосприятия и самоотношения. Появившаяся у пациентов вера в возможность поправиться и новое отношение к стоящим перед ним проблемам форми-

руют такую жизненную позицию, в которой есть место надежде и вере в будущее. Для реализации данного направления применяются техники релаксации, техника «Преодоление боли», Техника «Работа со смертью» и др.

Коррекция дезадаптивных межличностных отношений. Стомирование приводит к изменению социального функционирования и ограничению социальных контактов. Поэтому важным этапом реабилитации является выявление и сохранение доступной сферы социальных интересов и профессиональной деятельности. В частности работа должна быть направлена на повышение уровня коммуникации, реконструкцию дезадаптивных форм межличностных отношений, повышение взаимопонимания и доверия к людям, облегчение выражения собственных эмоций и чувств.

Коррекция семейных взаимоотношений. Как показало исследование, важную роль в адаптации стомированных пациентов играет позиция членов семьи. При непонимании и неприятии со стороны близких ощущение своей неполноценности и психологического дискомфорта усиливается, появляется дистанцирование и формирование замкнутого образа жизни (46,8%). Поэтому насколько это возможно, необходимо активное участие в реабилитационном процессе ближайших родственников больного с коррекцией их взаимоотношений и актуализацией ресурса эмоциональной поддержки. Различные уровни информации больного и других членов семьи лишают семью возможности сотрудничества и ведут к тому, что семья либо начинает относиться с жалостью к больному, либо недооценивать его состояние. Снятие информационного дефицита в ходе разъяснительной беседы с родственниками расширяет возможности конструктивного семейного взаимодействия.

Социальная реадaptация. Социальная реабилитация стомированных пациентов предполагает скорейшее возвращение их в привычную обстановку. В связи с тем, что стомирование приводит к снижению социальной активности личности, изменению социальных ролей на работе и дома, важным этапом ресоциализации является выявление и сохранение доступной сферы социальных интересов и профессиональной деятельности. По нашим данным, неудовлетворенность своим социальным функционированием отмечали 67,5% пациентов. Зачастую необоснованные опасения, что окружающие станут предвзято относиться, считать неполноценным, приводят к повышению социальной сензитивности с избеганием социальных контактов, сужением круга привычного общения, стремлением к одиночеству. Данный этап осуществлялся в групповой тренинговой работе и заключался в реконструк-

ции дезадаптивных форм межличностных отношений, облегчении выражения собственных эмоций и чувств, самораскрытии, выработке новых паттернов поведения. Задача психолога – участвовать в этом не только в плане ликвидации имеющихся со психологических проблем, но и профилактика их появления в случае возвращения пациента к активной жизни.

Оценка эффективности проведенной психокоррекционной работы включала: субъективную оценку пациентами оказанной им психологической помощи, а также повторную психодиагностику. Психологическую помощь субъективно как эффективную оценили 86 % испытуемых, при этом ими отмечались нормализация эмоционального состояния, снижение сензитивности, восстановление социальной активности. Повторное психодиагностическое исследование включало исследование самооценки по методике Дембо-Рубинштейн и Интегративный тест тревожности. Результаты показали, что после психокоррекции самооценка нормализовалась у 28% испытуемых, ситуативная тревожность снизилась у 46% за счет таких компонентов, как эмоциональный дискомфорт и тревожная оценка перспективы. Соотношение фобического компонента в структуре

ситуативной тревожности до и после психокоррекционного воздействия значимо не изменялось. Отмечалась тенденция к стабилизации и личностной тревожности.

На основании результатов проведенного исследования можно сделать вывод, что основными факторами, препятствующими процессу адаптации пациентов со стомой кишечника, являются: заниженная самооценка, тревожность, искажение внутренней картины болезни, малая информированность в отношении заболевания. Одной из основных психологических проблем в этом ряду является нарушение телесной целостности в связи с имеющимся дефектом, а также потерей контроля над физиологическими функциями организма. Неприятие своего «физического Я» в сочетании с зависимостью от критического отношения социального окружения перерастает в негативное эмоционально-ценностное отношение к собственной личности, чувство зависимости от телесного дефекта, а, следовательно, приводит к дезадаптации в социуме. В связи с этим своевременная и направленная психокоррекция представляется важной составляющей в системе комплексной реабилитации стомированных пациентов.

PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH INTESTINE OSTOMY: INTEGRATIVE APPROACH

© 2010 N.V.Deyneka^o

Samara State Medical University

The article dwells on the integrative approach to the patients with intestine ostomy rehabilitation. It also contains the results of psychodiagnostic research and the main aspects of psychological help.

Key words: ostomy of intestine, rehabilitation, psychological and social adaptation.

^o Deyneka Natalya Vladimirovna, Cand. Sc. in Medicine, Senior Lecturer of the department of Clinical psychology and psychotherapy. E-mail: Deineka74@mail.ru