

УДК 616-089.843:159.922

Е.Г. Богдан¹, М.А. Глыцюк², И.С. Мирончук³¹канд. психол. наук, доц. каф. психологии развития

Брестского государственного университета имени А.С. Пушкина

²студентка 5 курса социально-педагогического факультета

Брестского государственного университета имени А.С. Пушкина

³студентка 5 курса социально-педагогического факультета

Брестского государственного университета имени А.С. Пушкина

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ
ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ**

Статья посвящена обоснованию психологического сопровождения пациентов до и после трансплантации органов. Проведено эмпирическое исследование с целью изучения специфики переживания кризисной ситуации во взаимосвязи с состоянием данной категории граждан и с уровнем развития их самосознания. Выделено три типа переживаний кризиса: разрушающее (присуще и при депрессивном состоянии, и при его отсутствии – низкий/средний уровень самосознания); адаптационное (отсутствие депрессивного состояния – не связано с уровнем самосознания); преобразующее (депрессивное состояние – высокий уровень самосознания). Установлено, что психологическим ресурсом для пациентов до и после трансплантации органов выступает зрелость их самосознания, которая проявляется в достижении высокого уровня развития рефлексивных процессов и во включении в образ «Я» ценностно-содержательных характеристик трансцендентного плана. Апробация программы, направленной на развитие самосознания с опорой на методы арт-терапии и с использованием индивидуальной формы работы с пациентами программного гемодиализа и групповой формы работы с реципиентами после трансплантации органов, дала положительный эффект.

Введение

Согласно решению ВОЗ, в 2011 г. хронические заболевания почек включены в список болезней, представляющих угрозу для человечества, поскольку два из десяти жителей планеты страдают от почечных заболеваний. В социально-психологическом плане данная категория населения, как отмечают Н.Н. Петрова, Н.Н. Саввина, И.А. Васильева, Л.И. Зибницкая, Е.В. Калюжина, Л.М. Ткалич, характеризуется выраженной тревожностью, наличием депрессивных состояний и психологическим дискомфортом, который вызван процедурой гемодиализа и ее требованиями, а также сопутствующими заболеваниями (снижение остроты зрения, нарушения опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистые заболевания) и ограничением в физическом и социальном функционировании.

Вполне очевидно, что пациенты, проходящие процедуру гемодиализа, составляют особую группу потребителей медицинских услуг, которая нуждается в постоянном проведении мероприятий искусственного очищения крови при относительно коротких временных интервалах между данными процедурами. Специфика проводимого лечения, а также тяжесть клиники имеющегося заболевания оказывают разрушительное действие на психологический аспект жизненного функционирования данных пациентов. В настоящее время по отношению к ним осуществляются мероприятия в рамках медицинской помощи по поддержанию функционирования организма в физиологическом аспекте с последующим планированием для них пересадки здоровых органов.

В связи с этим, что реципиентов, перенёвших трансплантацию органов, замещение отсутствующих или необратимо поврежденных патологическим процессом органов органами, взятыми от другого организма, становится все больше. При этом после трансплантации у данной категории граждан в психологическом плане все еще обнаруживается выраженная тревожность, депрессивное состояние, ограничение в социаль-

ном функционировании. Очевидно, что данные реципиенты – это тоже особая группа потребителей медицинских услуг, которые нуждаются в наблюдении со стороны специалистов, в том числе психологов и специалистов по социальной работе. Поэтому остро встает вопрос о необходимости разработки мероприятий по социально-психологическому сопровождению пациентов до и после трансплантации органов. Следует сказать о том, что анализ источников об актуальном состоянии и развитии мероприятий по социально-психологической реабилитации данной категории граждан указывает на отсутствие теоретических и практических разработок по данной тематике и ограничивается зарубежным опытом, например, мероприятиями в рамках «Школы пациентов» [1; 2].

Таким образом, вопрос психологического здоровья и благополучия пациентов отделений гемодиализа и трансплантации органов требует теоретических и практических разработок. При этом сразу необходимо подчеркнуть такой аспект. Поскольку пациентам до и после трансплантации органов с психологической точки зрения, как указывают Н.Н. Петрова, Н.Н. Саввина, И.А. Васильева, Л.И. Зибницкая, Е.В. Калюжина, Л.М. Ткалич, характерно состояние эмоционального дисбаланса и напряжения, невозможность реализовать потребности и мотивы, нехватка известных человеку способов преодоления трудностей, то ситуация, в которой они находятся, имеет все характеристики для обозначения ее понятием «кризисной ситуации». А «кризисная ситуация», по мнению Ф.Е. Василюка, проявляется в невозможности эффективной жизнедеятельности в рамках прежнего самосознания [3].

Отсюда цель нашего исследования заключалась в изучении у пациентов до и после трансплантации органов специфики переживания кризисной ситуации во взаимосвязи с их состоянием и с уровнем развития их самосознания для создания программы социально-психологического сопровождения данной категории граждан.

Для выявления преобладающих стратегий совладания с трудностями использовалась польская адаптация (M. Marszał-Wiśniewska и M. Fajkowska-Stanik) опросника Н. Гарнефски, В. Краайджи, Ф. Спинховен (N. Garnefski, V. Kraaji, Ph. Spinhoven) [4]. Уровень чувства когерентности (связности) определялся с помощью теста А. Антоновского [5].

Для изучения характеристик самосознания использовались проективные методы и беседа. Так, для изучения рефлексивных процессов применялся *прием из ТАТ* (Г. Мюррей): при характеристике главного героя (использовались две таблицы) респонденты, как правило, идентифицируются с ним, а значит, раскрывают собственный внутренний мир. Поэтому анализ продуцируемого реципиентами рассказа позволяет зафиксировать процессы их рефлексии.

Для того чтобы выявить дифференциацию временной структуры и ценностно-содержательных аспектов образа «Я», применялся *проективный прием ранжирования ценностей*. Участникам индивидуально предлагался набор из 26 карточек, на которых были написаны ценности для процедуры ранжирования. Вслед за польским исследователем G. Polok (2007) все предлагаемые для ранжирования ценности были объединены в три группы: а) *гедонистические* (комфорт, дружба, счастье, спокойствие, здоровье, самосовершенствование, доброжелательность; б) *утилитарные* (безопасность, время, работа, терпимость, креативность, ответственность, власть, материальные ценности); в) *трансцендентные* (я, семья, любовь, совесть, честность, мораль, истина, вера, родина, свобода) [6].

Поскольку нас интересовала временная структура образа «Я» (различия в содержании ценностей между «Я реальным», «Я в будущем» и «Я в прошлом»), то ранжирование ценностей осуществлялось трижды: первый раз пациенты располагали карточки в соответствии с тем, какие ценности они предпочитали 5 лет назад («Я в прошлом»); второй раз в связи с тем, что, на их взгляд, будет для них важно через 5 лет («Я в буду-

щем»); третий раз исходя из значимости ценностей на данный момент («Я реальное»). После процедуры ранжирования предлагалось определить содержание ценностей, чтобы с большей достоверностью отнести их к одной из групп.

По ходу *беседы о смысле жизни* респондентов спрашивали, что такое, по их мнению, смысл жизни, имеют ли они смысл жизни. После этого использовался прием из методики Т. Дембо – С.Я. Рубинштейн: испытуемых просили отметить себя на шкале «люди, имеющие / не имеющие смысла жизни» и объяснить, почему именно такое месторасположение они выбрали. Разъяснения респондентами своей отметки на шкале раскрывают признаки наличия/отсутствия у них смысла их собственной жизни, т.е. переживают ли они названный ими ранее смысл жизни в собственной жизнедеятельности.

Сбор эмпирического материала проводился индивидуально на базе отделений гемодиализа Брестской областной больницы и Брестской центральной городской больницы. Количество респондентов составило 53 пациента (27 женщин и 26 мужчин) в возрасте от 23 до 69 лет: 23 пациента до трансплантации органов (12 женщин и 11 мужчин), и 30 после трансплантации органов, – среди них 15 женщин и 15 мужчин.

Полученные результаты и их интерпретация

Сравнительный анализ у каждого участника характеристик их состояния и качественных показателей самосознания: уровень рефлексии, ценностно-содержательные и временные характеристики образа «Я», признаки наличия/отсутствия смысла собственной жизни – позволил выделить *три типа переживания кризисной ситуации во взаимосвязи с состоянием и уровнем развития самосознания* (рисунок).

Первый тип переживания кризисной ситуации (26,4% от всей выборки) делится на две группы исходя из того, до или после трансплантации органов находятся пациенты. *Первая группа* (11,3% от всей выборки) – это только пациенты до трансплантации органов, которым характерно *депрессивное состояние*. У них обнаруживаются показатели внутреннего эмоционального неблагополучия, активное самообвинение. При этом человек не может конструктивно отвечать на трудности, поскольку в организме недостаточно таких нейрогормонов, как серотонин, дофамин, адреналин, норадреналин. Данные респонденты реализуют лишь *дезадаптивные стратегии совладания с трудностями* (застывание, катастрофизация), которые несут в себе действия саморазрушительного характера и способствуют личностной регрессии. Чувство когерентности у них ниже среднего и включает в себе установку сомневаться в способности управлять ситуациями и понимание того, что для решения кризиса стоит прилагать усилия. Собственный внутренний мир для них не понятен и не логичен. Для данных пациентов характерен низкий уровень самосознания. Их рефлексия носит описательный характер. Так, характеризуя персонажа, они не употребляют слов, указывающих на рефлексивные процессы, не имеют опыта переживания внутренних противоречий и ситуаций выбора. Образ «Я» у них не дифференцирован: «Я в прошлом», «Я реальное», «Я в будущем» идентичны, что можно интерпретировать следующим образом. Данные реципиенты не имеют субъективного опыта самоизменения, поскольку образ их «Я» остается неизменным: какие ценности были приоритетны в прошлом, такие значимы и на данный момент. Также данные пациенты не обладают механизмом саморазвития, поскольку их образ «Я в будущем» ничем не отличается от «Я реального», а значит, и не вызывает напряжения, стремления соответствовать ему. Содержательные аспекты образа «Я» либо отсутствуют (при описании персонажа не называют ценности вообще), либо они гедонистического характера: удовольствие, комфорт, счастье. Респонденты этой группы полагают, что имеют смысл жизни, но признаков смысла собственной жизни у них не выявлено. При объяснении отметки на шкале «люди, имеющие / не имеющие смысла жизни» они, как правило, говорят «не знаю».

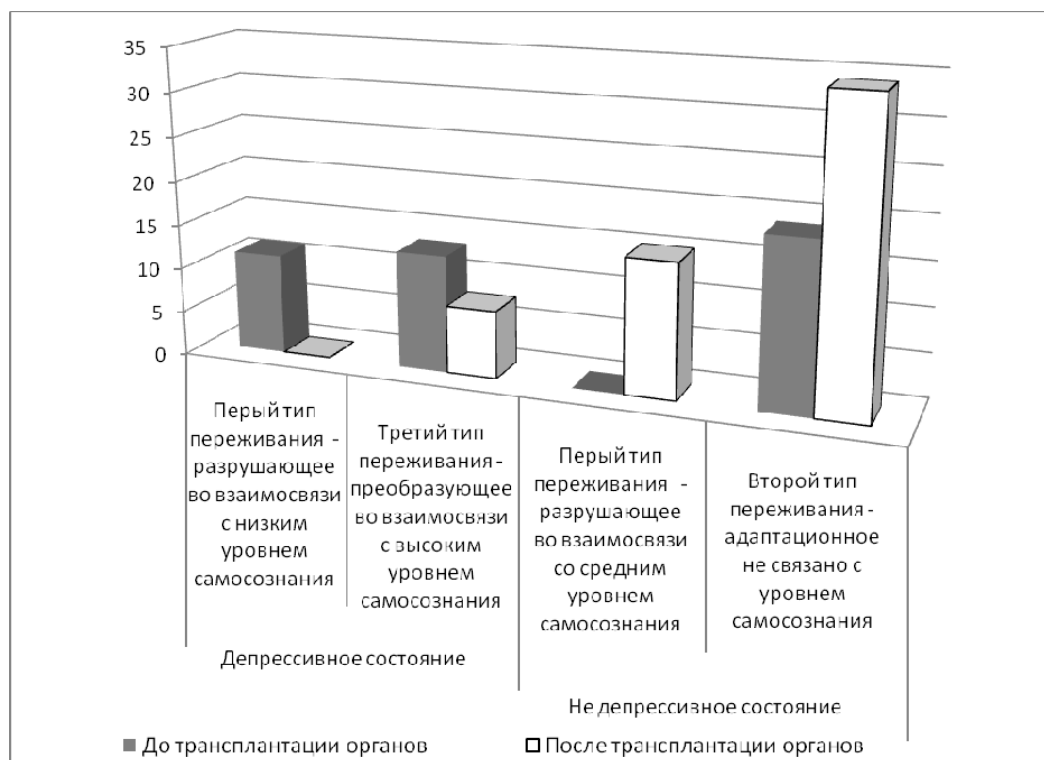


Рисунок. – Типы переживания кризисной ситуации во взаимосвязи с состоянием и уровнем развития самосознания у пациентов до и после трансплантации органов, %

Вторую группу первого типа переживания представляют только респонденты после трансплантации органов (15,1% от всей выборки), у которых *отсутствуют показатели депрессии*, но снова выявлены лишь *дезадаптивные способы совладания с кризисом*: застревание, циклическое повторение, катастрофизация. Чувство когерентности у них ниже среднего и включает в себе сомнение в способности управлять жизненными ситуациями и понимание того, что для решения кризиса стоит прилагать усилия. Содержание собственного внутреннего мира для них непонятно и нелогично. При этом данным респондентам характерен средний уровень самосознания. Так, рефлексивные процессы у них носят социально-психологический аспект: при описании персонажа нет слов, указывающих на рефлексивные процессы; опыт переживания ситуаций выбора чаще всего отсутствует; выявлен опыт переживания внутренних противоречий с опорой их разрешения на мнение окружающих людей. Пациенты этой группы дифференцируют лишь образ «Я»: список ценностей «Я в прошлом» отличен от «Я реального», что можно интерпретировать следующим образом. Данные респонденты обладают субъективным опытом самоизменения, поскольку образ их «Я» изменяется: приоритетные ранее ценности стали незначимы на данный момент. Таким образом, они осознают не только «Я реальное», но и «Я изменившееся». Однако «Я реальное» и образ «Я в будущем» у данных реципиентов идентичны, что может свидетельствовать о следующем. Они не обладают механизмом саморазвития, поскольку их образ «Я в будущем» ничем не отличается от «Я реального», а значит, и не вызывает напряжения, стремления соответствовать ему. При этом ценности их образа «Я» либо отсутствуют (при описании персонажа не называют ценности вообще), либо они гедонистически-утилитарного плана: комфорт, польза, выгода. Участники данной группы полагают: имеют смысл жизни, но признаков смысла собственной жизни у них не выявлено. Объяснения ими отметки на шкале «люди, имеющие / не имеющие смысл жизни» показывает опору лишь на собственные чувства: «поставил не думая».

Таким образом, *первый тип* переживания кризисной ситуации обнаруживается и при депрессивном состоянии (пациенты до трансплантации органов) и при его отсутствии (реципиенты после трансплантации органов) и связан с низким/средним уровнем самосознания. Респондентам, которые отнесены к данному типу переживания, свойственны показатели наличия сомнения в способности управлять собственной жизнью, применение ими в кризисах лишь дезадаптивных способов совладания с данными ситуациями. Следует сказать о том, что при низком/среднем уровне самосознания обнаруживаются следующие качественные характеристики. Рефлексивные процессы носят описательный характер, либо субъект опирается на мнение окружающих людей. Ценностно-содержательные аспекты образа «Я» отличаются гедонистически-утилитарными тенденциями. Временной спектр образа «Я» представлен лишь на уровне актуального («Я реальное») либо еще и «Я в прошлом» как «Я изменившееся». Признаки смысла собственной жизни отсутствуют.

Вполне очевидно, что именно самосознание пациентов до и после трансплантации органов со свойственными ему характеристиками низкого/среднего уровня развития способствует наличию у них сомнения в способности управлять своей жизнью и применению в кризисах лишь дезадаптивных способов совладания с ними. Следует также обратить внимание на следующий выявленный факт. *Первому типу* переживания кризиса характерны показатели внутреннего эмоционального неблагополучия независимо от того, обнаруживается ли у пациентов депрессивное состояние или нет. Поскольку внутреннее неблагополучие, обнаруженное *в первой группе* у пациентов до трансплантации органов, разрешается лишь внешней ситуацией – трансплантацией органов, но внутренне неблагополучие остается неизменным. На данную неизменность указывают особенности самосознания, выявленные *во второй группе* у реципиентов после трансплантации органов, а также применение данными респондентами в кризисах лишь дезадаптивных способов совладания с ними.

На основании выявленных фактов *первый тип переживания* условно назван *разрушающее переживание кризисной ситуации*.

Второй тип переживания кризисной ситуации обнаружен у 52,9% пациентов от всей выборки: 18,9% – до, 34% – после трансплантации органов, у которых *отсутствуют показатели депрессии*, т.е. процессы совладания с кризисной ситуацией протекают на фоне относительной психологической нормы. При этом *одна часть из них* активно и гибко применяет противоположные стратегии совладания с трудностями, дезадаптивные и адаптивные, т.е. находится на своеобразной границе между адаптацией и дезадаптацией. Чувство когерентности у них фиксируется показателями выше среднего и включает в себе установку надеяться на поддержку других, на то, что будущее будет иметь положительную окраску. Содержание своего внутреннего мира для них непонятно. *Другой части респондентов* характерны адаптивные стратегии совладания с кризисом. Общепринято, что при адаптации человек избирает ту действительность, которая соответствует конструктивному ответу на требования ситуации и способствует личностному росту. Однако чувство когерентности у данных пациентов характеризуется показателями ниже среднего и включает в себе установку сомневаться в способности управлять ситуациями самостоятельно и веру в то, что решение кризиса стоит того, чтобы прилагать усилия. Содержание собственного внутреннего мира для них непонятно и нелогично. На основании этого можно заключить, что даже адаптивные стратегии несут в себе для пациентов, использующих их, действия саморазрушительного характера, способствуют личностной регрессии и не позволяют конструктивно решить трудные ситуации.

Следует сказать, что 11,3% реципиентам *второго типа* переживания кризисной ситуации присущ низкий уровень самосознания, характеристики которого ничем не от-

личаются от первой группы первого типа. У 11,3% пациентов данного типа выявлен средний уровень самосознания. Их аспекты самосознания ничем не отличаются от второй группы первого типа. Для 11,3% участников второго типа переживания кризисной ситуации также свойственен средний уровень самосознания, но в отличие от второй группы первого типа с таким уровнем самосознания у данных пациентов обнаружен выбор эмоционального благополучия: переживание внутренних противоречий со стремлением снять напряжение, сохранить внутренний комфорт. Также они дифференцируют лишь образ «Я в будущем», т.е. осознают не только «Я актуальное», но и образ «Я в будущем», который правомерно обозначить как «Я потенциальное». В данном случае приоритетные ценности образа «Я в будущем» как отличные от значимых ценностей «Я реального» вызывают напряжение, стремление соответствовать им, т.е. требуют усилий со стороны человека для реализации желаемых ценностей. Таким образом, субъект приобретает механизм саморазвития, действующий на фоне выбора эмоционального благополучия.

У 18,9% испытуемых второго типа переживания кризисной ситуации обнаружен высокий уровень самосознания. Так, при описании персонажа у данных реципиентов обнаружены слова, указывающие на рефлексивные процессы: анализирует, сопоставляет, размышляет и т.п. Также у них выявлен опыт переживания внутренних противоречий с опорой на образ «Я». При этом они демонстрируют моральный выбор, характеризующийся созданием личностных, четко сформулированных самостоятельно норм, правил, ценностей и их выбором, несмотря на обстоятельства и свои желания – включением в образ «Я» ценностей трансцендентного содержания. При этом обнаруживается дифференциация образа «Я в прошлом» и «Я в будущем»: что данные пациенты обладают и субъективным опытом самоизменения, и механизмом саморазвития. Отсюда их образ «Я в будущем» в силу наличия у них морального выбора правомерно обозначить как «Я актуализированное потенциальное».

Однако следует отметить следующий выявленный факт. Практически все респонденты второго типа переживания кризисной ситуации полагают, что имеют смысл жизни, но объяснения отметки на шкале «люди, имеющие / не имеющие смысла жизни» показывают отсутствие у них признаков реализации смысла собственной жизни. Их ответы (как правило, «у меня он есть») указывают на отсутствие умения опираться в ситуации личного выбора на вполне определенный смысл собственного образа «Я», оценивать свои переживания, исходя из данного содержания.

Следует отметить также, что второй тип переживания, названный как *адаптационное переживание кризисной ситуации*, не связан с уровнем самосознания.

Третий тип переживания кризисной ситуации присущ 20,8% пациентов (13,2% – до трансплантации органов, 7,6% – после трансплантации органов), которые, согласно шкале дезадаптации, обладают депрессивным характером в кризисной ситуации: в организме недостаточно таких нейромедиаторов, как серотонин, дофамин, адреналин, норадреналин. При этом одна часть из них реализует лишь дезадаптивные стратегии совладания с кризисом, а другая – дезадаптивно-адаптивные. Чувство их когерентности характеризуется показателями либо ниже среднего, либо выше среднего.

Пациенты, отнесенные к *третьему типу* переживания кризисных ситуаций, демонстрируют высокий уровень самосознания. Однако в отличие от респондентов второго типа этим участникам присуще наличие не просто осознания смысла собственной жизни, но его реализация – переживание смысла собственной жизни. Так, данные реципиенты, объясняя отметку на шкале «люди, имеющие / не имеющие смысла жизни», как правило, говорят о том, что «я не имею еще должного характера, надо работать», «моя жизнь не вполне соответствует смыслу моей жизни, но я пытаюсь его реализовать». Подобные ответы указывают на наличие умения опираться в ситуации

личностного выбора не просто на образ «Я», но на вполне определенный смысл собственного «Я», а также оценивать собственные переживания, исходя из данного смысла «Я». Следует особо подчеркнуть, что найденный данными реципиентами смысл жизни охватывает все сферы их жизнедеятельности, а не отдельную часть. Так, им характерно осознание совокупности своих мотивов и смыслов – личностная позиция, ее осуществление, несмотря на обстоятельства как соотношение внешних и внутренних аспектов жизни, осмысление, интегрирование в свой образ «Я» данных аспектов. Эти аспекты проработаны, осмыслены, т.е. соотнесены с максимально широким контекстом, который позволяет выработать личный инструмент для преодоления трудностей. Таким образом, в отличие от респондентов *второго типа* эти участники реализуют трансцендентные ценности, включенные в образ «Я» на фоне переживания смысла собственной жизни.

У данных участников чаще всего выявляется дифференциация образа их «Я» по всему временному спектру, т.е. субъективный опыт самоизменения и механизм саморазвития. Однако некоторые из них могут и не дифференцировать образ «Я», что компенсируется наличием не только знания о том, что такое смысл жизни, но и оценки ситуаций, в том числе и кризисных, а также своих чувств, мыслей, исходя из имеющегося смысла собственной жизни. Возможно, именно это позволяет данным пациентам подняться над собственными ограничениями и слабостями, а поскольку смысл личной жизни заполняет полностью их образ «Я», то он и не дифференцируется ими во временном аспекте.

Таким образом, *третий тип* переживания кризисных ситуаций со свойственными ему показателями депрессивного состояния, применение пациентами в кризисах дезадаптивных способов совладания с данными ситуациями связан с высоким уровнем развития их самосознания и с наличием у них не только осознания, но реализации смысла собственной жизни. Необходимо сказать, что для высокого уровня развития самосознания свойственны следующие качественные характеристики. Рефлексивные процессы носят личностный характер с опорой на мотивы, потребности образа «Я». Ценностно-содержательные аспекты образа «Я» отличаются трансцендентной направленностью. Временной спектр образа «Я» дифференцирован: и «Я в прошлом», и «Я в будущем» отличны от «Я реального».

Вполне очевидно, что до и после трансплантации органов именно самосознание пациентов со свойственными ему характеристиками высокого уровня развития способствует тому, что дезадаптивные стратегии совладания с кризисом, которыми они пользуются, не несут в себе, однако, саморазрушительного действия. Очевидно, что в реальной ситуации – на фоне вышеописанного высокого уровня самосознания и осуществления данными участниками смысла собственной жизни «здесь и сейчас» – они конструктивно отвечают на трудности. Их чувство когерентности с показателями ниже среднего либо выше среднего также приобретает совершенно другой контекст. Так, они надеются на то, что продукт разрешения трудностей стоит того, чтобы прилагать усилия со своей стороны, поскольку связан лишь с их образом «Я»; верят в положительный исход, прилагая собственные колоссальные усилия для решения кризиса. Содержание собственного внутреннего мира, которое может быть для них непонятным и нелогичным, они пытаются изменить, понять, логически сконструировать. Отсюда *третий тип переживания* условно обозначен как *преобразующее переживание кризисной ситуации*.

Таким образом, анализ проведенного эмпирического исследования показывает, что пациенты до и после трансплантации органов по-разному переживают кризис, связанный с их болезнью. У одних при низком/среднем уровне самосознания выявляется разрушающее их самих переживание кризиса, характерное и при депрессивном состоянии, и при его отсутствии. Другим реципиентам присуще адаптационное переживание

на фоне отсутствия депрессивного состояния: приспособление к возникшим трудностям, что не связано с уровнем развития их самосознания, но разрушительно действует на личность. Третья группа пациентов с признаками депрессивного состояния демонстрирует высокий уровень развития самосознания и осуществление смысла собственной жизни, что свидетельствует о наличии у них преобразующего переживания: они личностно развиваются, трансформируют свой образ «Я», несмотря на состояние и обстоятельства.

С учетом актуальности вопроса психологического сопровождения пациентов до и после трансплантации органов нами была предпринята попытка разработки *программы данного сопровождения*. На основании полученных с помощью эмпирического исследования фактов целью нашей программы стало психологическое сопровождение пациентов до и после трансплантации органов с акцентом на развитие их рефлексивных процессов и расширение ценностно-содержательных характеристик образа «Я». Были сформированы две целевые группы: пациенты программного гемодиализа и реципиенты после трансплантации органов.

Форма работы с пациентами программного гемодиализа – индивидуальные занятия с использованием арт-терапии, а с реципиентами после трансплантации органов – групповые занятия с использованием арт-терапии. Выбор индивидуальной формы работы вызван тяжестью психологического состояния пациентов, находящихся на почечно-заместительной терапии. Использование арт-терапии как метода работы с реципиентами до и после трансплантации органов продиктовано тем, что творческие занятия способствуют отвлечению данной категории граждан от различных переживаний, беспокойств, помогают преодолевать негативные последствия состояния болезни и поддерживают благоприятное эмоциональное самочувствие [7–9]. При этом арт-терапия прежде всего «позволяет специалисту диагностировать через созданные пациентом образы его психологическое состояние и помогает обрести пациентам до и после трансплантации органов гармонию, и только затем выступает способом лечения и достижения личностного развития» [9, с. 23]. Механизм арт-терапии основывается на том постулате, что все невысказанные, невыраженные мысли никуда не уходят, а блокируются в теле, психике, что в будущем и приводит к нарушениям со стороны физического и психологического здоровья. Поэтому проведение занятий по арт-терапии открывает возможность человеку воспроизвести свое подсознательное, невысказанное в некую визуальную плоскость. Когда же человеку удастся выразить в творчестве заблокированные зажимы, он обретает иное новое состояние, при котором его тело и психика становятся свободными от ненужного, от того, что его угнетало долгое время и не позволяло ощущать себя «живым» [10, с. 121]. К тому же занятия с использованием арт-терапии, как отмечают Г.М. Ферс, Л.И. Зибницкая, Н.Н. Петрова, Е.В. Калюжина, Н.Н. Саввина, Л.М. Ткалич, позволяют снимать синдром апатии, устраняют безынициативность, стимулируют процессы личностной рефлексии, приносят человеку глубокое позитивное «ощущение себя», состояние душевного успокоения, поскольку она удовлетворяет самую главную фундаментальную потребность в самовыражении, в реализации смысла собственной жизни.

Апробация семи занятий с использованием индивидуальной формы работы с пациентами программного гемодиализа и групповой формы работы с реципиентами после трансплантации органов по разработанным сценариям, содержащим тренинговые и рефлексивные упражнения с опорой на арт-терапию, дала положительный эффект. По окончании участники программы демонстрировали способность анализировать свой внутренний мир, находить в нем ресурс для личностного развития, создавать в затруднительных ситуациях основополагающие элементы для самоизменения, самосовершенствования, видеть при одних и тех же обстоятельствах несколько путей разрешения

проблем и кризисов. При этом стало очевидно, что данная программа психологического сопровождения пациентов до и после трансплантации органов позволила запустить механизм самопознания, выраженный в оптимизации рефлексивных процессов самосознания и чувства идентичности, в расширении содержания образа «Я» посредством наполнения его трансцендентными ценностями. К тому же реципиенты получили конструктивный опыт самоизменения.

Заключение

Эмпирическое исследование, организованное с целью изучения у пациентов до и после трансплантации органов специфики переживания кризисной ситуации во взаимосвязи с их состоянием и с уровнем развития их самосознания, позволило выделить *три типа* таких переживаний. *Первый тип* переживания характерен и при депрессивном состоянии, и при его отсутствии и связан с низким/средним уровнем самосознания. Поскольку для данного типа переживания свойственны деструктивные эмоции, действия, поступки и дезадаптивные стратегии совладания с трудностями, условно данное переживание можно обозначить как *разрушающее переживание*. *Второй тип* переживания кризисной ситуации условно обозначен как *адаптационное переживание*, он присущ при отсутствии депрессивного состояния и не связан с уровнем самосознания. *Третий тип переживания кризиса* связан с депрессивным состоянием, высоким уровнем самосознания и наличием смысла собственной жизни. Условно данное переживание названо как *преобразующее*, поскольку для данного переживания характерны трансформация образа «Я», личностное развитие.

Выделенные типы и характерные для них признаки позволяют сделать следующий вывод. Психологическим ресурсом для пациентов до и после трансплантации органов выступает зрелость их самосознания, которая проявляется в достижении высокого уровня развития рефлексивных процессов и во включении в образ «Я» ценностно-содержательных характеристик трансцендентного плана в процессе поиска и осуществления смысла собственной жизни. Данное заключение является обоснованием для программы психологического сопровождения пациентов до и после трансплантации органов. Следовательно, при работе с данной категорией граждан акцент следует делать на развитие их самосознания.

Реализация разработанной программы сопровождения указанной категории реципиентов с учетом выделенных требований показала, что достижение поставленной цели осуществляется с помощью метода арт-терапии. При этом для пациентов программно-гемодиализа необходимо использовать индивидуальную форму работы, а для реципиентов после трансплантации органов – групповую форму.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Crone, C. C. Psychiatric issues in transplantation, II: Preoperative issues / C. C. Crone, T. N. Wise [et al.] // Crit Care Nurse. – 1999. – Vol. 19, № 3. – P. 51–63.
2. Feurer, I. D. Incorporating quality of life and patient satisfaction measures into a transplant outcomes assessment program: technical and practical considerations / I. D. Feurer, R. T. Russell, C. W. Pinson // Progress in Transplantation. – 2007. – Vol. 17, № 2. – P. 8–121.
3. Василюк, Ф. В. Психология переживания / Ф. В. Василюк. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 200 с.
4. Лянцевич, А. В. Кризисная психология : учеб.-метод. комплекс / А. В. Лянцевич. – Брест : БрГУ им. А. С. Пушкина, 2014. – 142 с.
5. Antonovsky, A. Health, Stress and Coping / A. Antonovsky. – San-Francisco : Jossey-Bass, 1979. – 225 p.

6. Polok, G. Preferencje aksjologiczne studentów jako wezwanie do dawania świadectwa dla chrześcijańskich pracowników nauki / G. Polok // Nauka – Etyka – Wiara – 2007 : Konferencja chrześcijańskiego forum pracowników nauki, Rogów, 18–21 paźdz. 2007. – Warszawa, 2007. – S. 263–276.

7. Петрова, Н. Н. Психологическая характеристика и качество жизни больных с хроническими заболеваниями почек / Н. Н. Петрова, Н. Н. Саввина, И. А. Васильева // Терапевт. арх. 2003. – Т. 75, № 6. – С. 31–37.

8. Ткалич, Л. М. Факторы, влияющие на качество жизни больных с хронической почечной недостаточностью / Л. М. Ткалич [и др.] // Нефрология. – 2006. – Т. 10, № 1. – С. 40–44.

9. Петрова, Н. Н. Факторы, влияющие на реабилитацию больных, находящихся на лечении гемодиализом / Н. Н. Петрова, И. А. Васильева // Терапевт. арх. – 1995. – Т. 67, № 8. – С. 22–23.

10. Ферс, Г. М. Тайный мир рисунка / Г. М. Ферс ; пер. с англ. – СПб. : Деметра, 2003. – 176 с.

Рукапіс паступіў у рэдакцыю 16.05.2016

Bogdan E.G., Glyciuk M.A., Mironchuk I.S. Psychological Support of Patients before and after Transplantation of Organs

The article deals with the substantiation of patients' psychological support before and after transplantation of organs. The empirical research was conducted aiming to study the specifics of crisis experience in conjunction with the state of the people belonging to the above-mentioned category and the level of development of their self-consciousness. Three types of crisis experience were accentuated: destructive (being present both in depressed and normal state, lower/medium level of self-consciousness); adaptive (lack of depressed state, not connected to the level of self-consciousness); transforming (depressed state, high level of self-consciousness). It was discovered that maturity was a psychological resource for these persons manifesting in achieving a high level of reflexive processes development, as well as including transcendental meaningful value characteristics into one's self-image. The approbation of the elaborated program, directed towards the development of self-consciousness based on the art therapy methods and individual forms of work with program hemodialysis patients, as well as group forms of work with the recipients after the transplantation, has shown positive effects.