

© М.В.Намавир, А.А.Перфильева, 2013
УДК 616.61-008.64-036.12-085.38-05

М.В. Намавир¹, А.А. Перфильева¹

ОТНОШЕНИЕ К ГЕМОДИАЛИЗУ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

M.V. Namavir, A.A. Perfiljeva

ATTITUDE TO THE HEMODIALYSIS AT PATIENTS WITH TERMINAL STAGES OF CHRONIC KIDNEY DISEASE

¹Отделение диализа Клинической больницы № 1 Южного окружного медицинского центра ФМБА России, г. Ростов-на-Дону, Россия

РЕФЕРАТ

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определить типы отношения пациентов, находящихся на хроническом гемодиализе (ГД), непосредственно к самому гемодиализу (как к отдельной составляющей болезни), выявить их взаимосвязь с факторами и типами отношения к болезни в целом. **ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** Обследовали 45 пациентов в возрасте от 21 до 75 лет, находящихся на лечении ГД от 6 до 102 мес. Определены типы реагирования пациентов на болезнь по опроснику А.Е. Личко. Тестирование пациентов с целью определения типа отношения к ГД проводилось по опроснику, составленному на основе типологии «психосоциальных реакций на болезнь» З. Липовски и данных психотерапевтических бесед с пациентами. Также проводилось тестирование по опроснику «САН» – самочувствие, активность, настроение. По результатам тестирования определено 3 типа отношения к ГД – позитивное, индифферентное и негативное. С целью выявления факторов, влияющих на тип отношения к ГД, проводились статистическая оценка некоторых клинико-лабораторных данных, возраста, длительности ГД, трудозанятости, синдиализных осложнений и тяжелых сопутствующих заболеваний; проведен корреляционный анализ. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** В исследованной группе пациентов у 28 (62,2%) пациентов диагностирован определенный тип отношения к ГД, у 17 (37,8%) больных выявлены совокупность проявлений нескольких типов. Преобладающим по частоте встречаемости определен III (позитивный) тип отношения к ГД. Отрицательная корреляционная зависимость установлена между возрастом и самочувствием, возрастом и негативным типом отношения к ГД. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Отношение к ГД отражает совокупность индивидуального понимания больным «значения» ГД, его эмоциональной реакции и накопленных копинг-стратегий. Выделено 3 типа отношения к ГД: негативное, позитивное, индифферентное. Из объективных факторов, влияющих на тип отношения к ГД, по данным исследования, является возрастной показатель.

Ключевые слова: тип реагирования на болезнь, тип отношения к гемодиализу, гемодиализ.

ABSTRACT

THE AIM. Identify the types of relations between patients on chronic hemodialysis (HD), directly to the most hemodialysis (as a separate constituent of the disease), to reveal their relationship to the factors and types of attitudes toward the disease as a whole. **PATIENTS AND METHODS.** Examined 45 patients aged 21 to 75 years old who are being treated on HD during 6 to 102 months. The types of patients respond to illness by questionnaire A.E. Lichko. Testing of patients to determine the type of relationship to the HD conducted by questionnaire, based on the typology of "psycho-social reactions to the disease," Z. Lipowski and data of psychotherapeutic interviews with patients. We also tested by questionnaire "HAM" – health, activity, mood. According to test results identified 3 types of relationship to the HD – positive, negative and indifferent. In order to identify the factors that influence the type of relationship to the HD, conducted statistical evaluation of the clinical and laboratory data, age, duration of HD, working patients, HD severe complications and comorbidities; correlation analysis. **RESULTS.** In the studied group of patients, 28 (62.2%) patients were diagnosed with a certain type of relationship to the HD, in 17 (37.8%) patients had symptoms of several types of collection. The predominant frequency of occurrence is defined III (positive) the type of relationship to the HD. A negative correlation was established between age and state of health, age and the type of negative attitude to the HD. **CONCLUSION.** Relationship to the HD reflects the totality of the individual understanding patients 'meaning' HD, his emotional reactions and accumulated coping strategies. 3 types of relationship allocated to HD: negative, positive, indifferent. Of objective factors that influence the type of attitude to the HD, according to the study, is the age indicator.

Key words: type of response to the disease, type of relationship to hemodialysis, hemodialysis.

ВВЕДЕНИЕ

Во второй половине XX века в научных исследованиях и клинической практике заметно возрос интерес к психосоматической медицине. На смену преобладающей биомедицинской модели, в рамках которой практически не было места социальной, психологической и поведенческой составляющим, пришла биопсихосоциальная модель, определяющая значение этих факторов в развитии, течении и исходах различных заболеваний [1]. Влияние внутренней картины болезни на поведение больного, комплаентность, социальную адаптацию и качество жизни пациента резко повышает актуальность исследований в этой области. Принцип индивидуального подхода к больному с учётом личностных особенностей и типа отношения к болезни значительно повышает эффективность лечения и реабилитации [2].

Актуальность изучения психических особенностей пациентов с терминальной стадией хронической болезни почек (тХБП), находящихся на хроническом гемодиализе (ГД), как составляющей общей картины заболевания болезни, на наш взгляд, обусловлена следующими факторами:

- во-первых, наличием ряда особенностей характера течения, клинической картины и методов лечения тХБП, во многом отличающих данную популяцию больных от пациентов с другими хроническими заболеваниями;
- во-вторых, увеличением числа пациентов с ХБП (в том числе и диализных больных) в России;
- в-третьих, больные с тХБП, находясь в состоянии мощного психологического стресса, вызванного госпитализацией, неопределенностью прогноза, изменением образа жизни, потерей трудоспособности и переживая сильные негативные чувства, испытывают острую потребность в психологической помощи;
- в-четвертых, особенностью российской действительности является весьма низкий уровень обеспеченности больных с ХБП психологической помощью как на додиализном этапе (в том числе – психологической подготовки к заместительной почечной терапии), так и на этапе диализа.

При исследовании факторов влияния на качество жизни (КЖ) больных с тХБП из исходных 73 параметров было выделено 3 общих фактора, в наибольшей степени оказывающих снижающее действие на все измеряемые показатели КЖ – астенический, тревожный и ремоделирования сердца [3]. Следовательно, лечение и профилактика тревожного синдрома и астенических проявлений с помощью методов психотерапии, психофармако-

рапии представляются неотъемлемыми компонентами, способствующими улучшению КЖ больных с тХБП.

В отечественных работах рассматривается связь между особенностями личности и соблюдением лечебного режима. Выявлен, изучен и описан личностный портрет недисциплинированного диализного пациента, которыми чаще являются лица молодого возраста. Установлено, что молодые пациенты значительно чаще нарушают водно-питьевой режим, пропускают сеансы ГД, сокращают диализное время, более склонны к курению и злоупотреблению алкоголем, чем пациенты старшего возраста. Невыполнение врачебных рекомендаций – это психологическая защита от стресса и попытка взять под собственный контроль свою жизнь в условиях травматичного состояния с психологической точки зрения [4, 5].

Изучались адаптивность и дезадаптивность пациентов с тХБП в зависимости от типа отношения к болезни. У работающих пациентов определена большая степень адаптивных типов отношения к болезни и меньшая выраженность дезадаптивного реагирования. Более адаптивны лица с высшим и средним специальным образованием, с положительной либо стабильной динамикой массы тела, а также пациенты, которым ГД был начат в плановом порядке. Мужчинам свойственна более высокая удовлетворённость жизнью в условиях лечения ГД [6–8]. Исследовались типичные психологические реакции на болезнь во временном отношении. Выделенные периоды были условно разделены на три этапа: «медовый месяц», разочарование и обескураженность, долговременная адаптация [9]. Исследованы и разработаны подходы к психологической реабилитации больных с ХБП [1, 10, 11].

Целью данной работы является попытка отграничить отношение больных непосредственно к самому ГД (как к отдельному фактору, самостоятельному психологическому феномену) от «общего» отношения к болезни, выделить типы отношения к ГД, сопоставить с некоторыми клиническими факторами и внутренней картиной заболевания. В ходе проведения психотерапевтических бесед и тестирований в качестве основной причины неудовлетворенности их состоянием у ряда пациентов определялась именно необходимость проведения самого гемодиализа (затрата времени, сил, частично – материальных средств, постоянный контакт с больницей и медицинским персоналом) при практически полной удовлетворенности своим самочувствием и жизнью в междиализные периоды. Это и послужило поводом для проведения данного исследования.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Объектом исследования были 45 пациентов, из них 18 женщин и 27 мужчин, средний возраст $50,3 \pm 10,2$ года (от 21 до 75 лет), со средней продолжительностью диализной терапии $35,4 \pm 18,5$ мес (от 6 мес до 102 мес), число работающих пациентов составило 12 человек (26,7%), количество пациентов с наличием тяжелых, резко ограничивающих жизнедеятельность осложнений или сопутствующих заболеваний (таких как значительное нарушение зрения, выраженные проявления сердечно-сосудистой недостаточности, грубые нарушения опорно-двигательного аппарата, выраженный кожный зуд, болевой синдром, неконтролируемая артериальная гипертензия) составило 12 человек (26,7%), частые синдиализные осложнения (более 3 эпизодов за месяц) отмечались у 10 пациентов (22,2%). По клинко-лабораторным данным: средний уровень гемоглобина составил $103,3 \pm 12$ г/л (от 73 до 136 г/л), средний уровень паратиреоидного гормона $515 \pm 374,7$ пг/мл (от 17 до 2222 пг/мл), средний уровень альбумина крови $39,5 \pm 2,4$ г/л (от 28 до 53 г/л). В качестве рабочей концепции нами была выбрана типология личностных реакций на соматическое заболевание (А.Е. Личко, Н.Л. Иванов), позволяющая определить тип реакции больного на болезнь [12]. При выполнении экспериментальной части исследования использованы клинические, психотерапевтические беседы и интервью с испытуемыми, психологический опросник А.Е. Личко – «Типы реагирования на болезнь» и метод включенного лонгитюдного наблюдения [12,13]. Диагностируемые типы отношения к болезни возможно объединить в 2 блока – «адаптивный» (гармоничный, анозогнозический и эргопатический типы) и «дезадаптивный» (тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, обсессивно-фобический, сенситивный, эгоцентрический, эйфорический, паранойяльный) [7, 12,13].

Выявляя индивидуальный смысл отношения к ГД, мы опирались на предложенную З. Липовски типологию «психосоциальных реакций на болезнь» [14]. Он предлагает свою модель, которая содержит три компонента:

1. Реакция на «значение» болезни; разное «значение» болезни для пациента может быть источником следующих реакций:

а) болезнь-угроза или вызов; типы реакции – противодействие, тревога, уход;

б) болезнь-утрата; типы реакции – депрессия, ипохондрия, попытка привлечь к себе внимание, нарушение режима;

в) болезнь-выигрыш или избавление; типы реакции – безразличие, жизнерадостность, враждебность к врачу;

г) болезнь-наказание; типы реакции – угнетенность, стыд, гнев.

2. Эмоциональные реакции на болезнь.

3. Реакции преодоления болезни по преобладанию когнитивного и поведенческого компонентов.

В ходе клинических и психотерапевтических бесед нами был составлен опросник:

«Ваше отношение к процедуре гемодиализа»

1	Это испытание, которое для чего- то нужно...	
2	Это необходимость, которая позволяет жить...	
3	Процедура ГД вошла в привычку...	
4	Я до сих пор не верю, что это на всю жизнь...	
5	Я не могу принять своё состояние...	
6	Я езжу на ГД по инерции, это не вызывает во мне никаких эмоций...	
7	Я воспринимаю диализ как тяжёлую работу...	
8	Я не могу привыкнуть к необходимости ГД...	
9	Необходимость постоянно ездить на ГД вызывает у меня стресс...	
10	Я отношусь со смирением к ГД...	
11	Я думаю – это наказание...	
12	Я думаю – это шанс продолжить жизнь...	
13	Я стараюсь жить сегодняшним днём и меньше думать о ГД...	
14	Я рад, что у меня есть шанс продолжать жить...	

Пациентам предлагалось выбрать и отметить высказывание (высказывания), наиболее соответствующие их состоянию, либо написать собственное. Подсчитывалось количество утверждений, относящихся к каждому из трех типов, которые выбрал пациент. Опираясь на типологию «психосоциальных реакций на болезнь», мы выделили три типа отношения к ГД по преобладанию эмоциональной реакции пациентов, в которых также отражены индивидуальный смысл, собственное восприятие и их поведенческая позиция:

I тип – негативное отношение; в данном типе по характеру эмоциональной и поведенческой составляющих, мы выделили 2 подтипа:

А) негативно активное – угроза или вызов; пациенты воспринимают ГД как стресс, который в зависимости от преморбидных личностных качеств может мотивировать или демотивировать пациентов к лечению и, соответственно, приводить к активным действиям больного (высказывания 9, 8, 7, 5, 4). Эмоциональная реакция – агрессия, гнев.

Б) негативно пассивное – наказание, страдание; пациенты воспринимают ГД как вынужденное, неизбежное состояние, которое имеет мистическую природу (высказывания 1,11). Эмоциональная реакция – печаль, страх, тоска, отчаяние.

Таблица 1

Распределение пациентов по типам отношения к ГД

Тип отношения к ГД	Количество пациентов	
	Абсолютное, n=45	%
I тип – IA + IB	3	6,7
II тип – часть жизни	2	4,4
III тип – избавление	23	51,1
Наличие 2 и более высказываний, соответствующих разным типам	17	37,8

Таблица 2

Частота выявления каждого из типов отношения к ГД

Тип отношения к ГД	Количество человек с проявлениями данного типа	Частота встречаемости типов отношения к ГД %*
I тип (негативный)	12	26,7
II тип (индифферентный)	15	33,3
III тип (позитивный)	40	88,9

*Сумма больше 100%, так как возможно сочетание нескольких типов у одного больного.

II тип – индифферентное отношение – часть жизни; пациенты воспринимают ГД со смирением, как привычную последовательность действий, не вызывающую эмоций (высказывания 3, 6, 10). Эмоциональная реакция – безразличие, смирение, покорность.

III тип – позитивное отношение – избавление, выигрыш; пациенты воспринимают ГД как возможность продолжать жить, реалистично оценивают ситуацию и эмоционально позитивно реагируют на неё (высказывания 2, 12–14). Эмоциональная реакция – удовлетворение, радость, интерес, возбуждение.

Также проводилось тестирование по шкалам опросника «экспресс-оценка САН». Тест предназначен для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (по первым буквам этих функциональных состояний и назван опросник). Испытуемых просят соотнести свое состояние с рядом признаков по многоступенчатой шкале. Шкала состоит из индексов (3 2 1 0 1 2 3) и расположена между тридцатью парами слов противоположного значения, отражающих подвижность, скорость и темп протекания функций (активность), силу, здоровье, утомление (самочувствие), а также характеристики эмоционального состояния (настроение). Испытуемый должен выбрать и отметить цифру, наиболее точно отражающую его состояние в момент обследования.

При оценке результатов тестирования по шкалам самочувствие, активность, настроение средние зна-

чения ($X \pm \sigma$) соответственно составили $-4,1 \pm 0,8$, $4,5 \pm 0,8$, $5,1 \pm 0,8$, что свидетельствовало в целом о благоприятном состоянии общей группы больных.

В зависимости от выбранных пациентами высказываний из составленного нами опросника было сформировано 3 группы с различным типом отношения к ГД – позитивным, индифферентным и негативным. В каждой их групп определялись средние показатели и стандартные отклонения клинико-лабораторных данных, возраста, длительности ГД; частота встречаемости работающих больных, синдиализных осложнений и тяжелых сопутствующих заболеваний. Для оценки достоверности межгрупповых различий факторов применялся t-критерий Стьюдента, критический уровень достоверности принимали равным 0,05. Для оценки влияния выделенных факторов, а также результатов тестирования по методике «САН» и опроснику по Личко на тип отношения к ГД рассчитывали коэффициент корреляции Пирсона с помощью компьютерной программы «Microsoft Excel 2003».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты тестирования по составленному нами опроснику «Ваше отношение к процедуре гемодиализа» – в табл. 1.

Только у 28 (62,2%) пациентов диагностирован определенный тип отношения к ГД, у 17 (37,8%) больных выявлены совокупность проявлений нескольких типов отношения к ГД. Преобладающим по частоте выявления каждого из типов отношения определен III тип, следующим по частоте является II тип, I тип определен в меньшем числе случаев, табл. 2.

Клинико-лабораторные показатели, данные возраста пациентов, длительности диализного стажа, встречаемости резко выраженной сопутствующей патологии или осложнений, частых синдиализных осложнений, а также результаты тестирования по методике «САН» (самочувствие, активность, настроение) и опроснику Личко в каждой из групп, в зависимости от определенного типа отношения к ГД, представлены в табл. 3.

По данным корреляционного анализа в общей выборке (коэффициент корреляции Пирсона) отрицательная корреляционная зависимость выявлена между возрастом и самочувствием ($r = -0,32$; $p < 0,05$), возрастом и негативным типом отношения к ГД ($r = -0,35$; $p < 0,05$). Значимой корреляции между остальными выделенными факторами и диагностированными типами отношения к ГД определено не было.

Таблица 3

Показатели состояния в погрупповой разбивке в зависимости от типа отношения к ГД ($\bar{X} \pm \sigma$)

Показатель	I тип	II тип	III тип	p
Средний возраст, лет	48,4±18,2	47,7±14,8	50,8±13,3	НД
Длительность ГД-стажа, мес	24,3±17,8	44±25,3	35,1±25,2	p=0,05 I и II типов
Средний уровень Нв, г/л	102,6±14,5	111,5±13,1	103±14,1	НД
Средний уровень альбумина, г/л	39,8±2,7	39,2±2,3	39,5±3,6	НД
Средний уровень ПТГ, пг/мл	550±594	678±621	503±488	НД
Встречаемость работающих пациентов	0,4±0,5	0,2±0,4	0,2±0,4	НД
Частота тяжелой сопутствующей патологии	0,3±0,5	0,2±0,4	0,3±0,5	НД
Частота синдиализных осложнений	0,2±0,4	0,2±0,4	0,2±0,5	НД
Средний балл по шкале самочувствие	4,2±1,1	4,2±0,8	4,0±0,2	НД
Средний балл по шкале активность	4,3±0,9	4,4±1,1	4,4±1,0	НД
Средний балл по шкале настроение	4,4±1,0	5,1±1,0	5,2±1,1	p=0,05 I и III типов
Встречаемость адаптивного типа отношения к болезни	0,3±0,5	0,1±0,3	0,2±0,4	НД

НД – нет достоверных различий.

Выявлено значительно преобладание в общей исследуемой группе дезадаптивного реагирования на болезнь – у 35 пациентов (77,4%). При определении типов реагирования на болезнь (по Личко) в каждой из групп по типу отношения к ГД определены следующие, табл. 4.

Ни в одной из групп не были определены меланхолический, апатический и эгоцентрический типы реагирования на болезнь. В I группе с негативным отношением к ГД наиболее значимого преобладания какого-либо из типов реагирования на болезнь выявлено не было, во II группе с индифферентным отношением к ГД наиболее часто отмечены эйфорический и тревожный типы, в III группе с позитивным отношением к ГД преобладает неврастенический тип, а также эйфорический и тревожный типы реагирования на болезнь.

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования позволяют сделать вывод, что отношение к ГД может проявляться как определенным типом, так и сочетать высказывания

разных типов, отражая зависимость физиологических, психофизиологических и психических особенностей пациента. Выявленная отрицательная взаимосвязь возраста и негативного типа отношения к ГД с самочувствием можно считать закономерным: для молодых пациентов характерно лучшее самочувствие и более выраженное неприятие ГД как фактора социальной дезадаптации. Вероятно, негативное отношение к ГД именно у пациентов молодого возраста определяет формирование у них активной позиции (подтип А I типа отношения к ГД – негативно активный) с целью поиска альтернативного решения, которым является трансплантация почки. Возможность пересадки почки и ухода от ГД вызывает у данной группы больных положительные эмоции. Отсутствие взаимосвязи и достоверности различий клинико-лабораторных показателей между группами типов отношения к ГД, по нашему мнению, говорит о преобладании субъективной основы формирования типа отношения к ГД у каждого больного и зависит, в частности, от преобладания эмоциональной

Таблица 4

Типы реагирования на болезнь у больных с различными типами отношения к ГД

Тип реагирования на болезнь	I тип отношения к ГД		II тип отношения к ГД		III тип отношения к ГД	
	n=12	%	n=15	%	n=40	%
Гармоничный	2	16,7	1	6,7	6	15
Анозогностический	1	8,3	-	-	-	-
Эргопатический	1	8,3	-	-	2	5
Тревожный	2	16,7	4	26,7	7	17,5
Ипохондрический	1	8,3	-	-	2	5
Неврастенический	2	16,7	2	13,3	8	20
Обсессивно-фобический	1	8,3	1	6,7	2	5
Сенситивный 8	1	8,3	2	13,3	4	10
Эйфорический	1	8,3	4	26,7	7	17,5
Паранойальный	-	-	1	6,7	2	5

окраски, что и обуславливает количество типов отношения к ГД. Эмоция – это отношение человека к чему-либо с точки зрения удовлетворения или неудовлетворения потребности. Если человек удовлетворяет свои потребности в безопасности, поддержании здоровья, еде и т.д., то он испытывает положительные эмоции. В обратном случае он испытывает негативные эмоции. В обследованной группе больных у половины (51,1%) диагностировано позитивное отношение к процедуре ГД, по частоте выявления позитивные высказывания определены в большинстве случаев – 88,9%, тогда как частота негативных высказываний составила 26,7%, а индифферентных – 33,3%, что говорит о преобладании у больных положительного реагирования на ГД. ГД воспринимается большинством пациентов как избавление, как способ продолжать жить – это возможность удовлетворить потребности.

Выявленное в нашем исследовании при определении типов реагирования на болезнь преобладание дезадаптивных вариантов, вне зависимости от типа отношения к ГД, вероятно, обусловлено достаточно низким количеством работающих пациентов в выборке – 12 чел. (26,7%), высоким числом случаев экстренного начала ГД – у 38 больных (85%), как факторов, значительно влияющих на тип отношения к болезни [7]. Возможно, это обусловлено именно выделением отношения к ГД (который является основным компонентом лечения тХБП) из общей картины заболевания и рассмотрения его как самостоятельного феномена. Однако это лишь наше предположение, которое требует дальнейшей проверки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Отношение к ГД отражает совокупность индивидуального понимания больным «значения» ГД, его эмоциональной реакции и накопленных копинг-стратегий. По степени превалирования этих составляющих возможно выделить 3 типа отношения к ГД: негативное, индифферентное, позитивное. Из объективных факторов, влияющих на тип отношения к ГД, по данным исследования, является

возрастной показатель, который отрицательно коррелирует с негативным типом отношения. Отсутствие значимой взаимосвязи типов отношения к ГД с другими объективными факторами и клинико-лабораторными данными свидетельствует о преобладании субъективной основы их формирования, что определяет большую возможность изменения негативного типа отношения к ГД посредством «психологических инструментов» с целью достижения полноценной реабилитации ГД-пациентов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Васильева ИА, Петрова НН. *Современные подходы к психологической реабилитации больных с хронической почечной недостаточностью*. Пособие для врачей. СПб., СПбГМУ, 6-изд, 2003
2. Лакосина НД, Ушаков ГК. *Медицинская психология*. Медицина, М., 1984; 42-50
3. Ткалич ЛМ, Зибницкая ЛИ, Калюжина ЕВ и др. Факторы, влияющие на качество жизни больных с хронической почечной недостаточностью. *Нефрология* 2006; 10 (1): 40-44
4. Васильева ИА, Румянцев АШ, Михеева ЮС. Психологические и социально-демографические аспекты нарушений лечебного режима больными, находящимися на лечении хроническим гемодиализом. *Нефрология* 2004; 8(2): 61-67
5. Васильева ИА, Бабарыкина ЕВ, Добронравов ВА. Возрастные аспекты качества жизни у пациентов на хроническом гемодиализе. *Нефрология* 2004; 8(3): 32-36
6. Васильева ИА. Гендерные различия по качеству жизни больных на гемодиализе. *Нефрология* 2009; 13(3): 16
7. Васильева ИА. Отношение к болезни пациентов на хроническом гемодиализе. *Нефрология* 2005; 9(2): 53-60
8. Васильева ИА, Добронравов ВА, Бабарыкина ЕВ. Факторы, влияющие на трудовую занятость больных молодого возраста, находящихся на лечении хроническим гемодиализом. *Нефрология* 2004; 8 (1): 56-61
9. Земченков АЮ, Кондуров СВ, Гаврик СЛ и др. Качество жизни пациентов с хронической почечной недостаточностью, корригируемой заместительной терапией. *Нефрология и диализ* 1999, 1(2-3)
10. Соловьева СЛ. *Психотерапия: новейший справочник практического психолога*. АСТ, Сова, СПб., 2005; 120-402
11. Петрова НН, Васильева ИА. Факторы, влияющие на реабилитацию больных, находящихся на лечении хроническим гемодиализом. *Тер арх* 1995; 67 (8): 22- 23
12. Кайдановская ИА. Методическое пособие кафедры психофизиологии и психологии развития факультета психологии РГУ. Ростов н/Д, 1998; 15-25
13. Личко АЕ, Иванов НЯ. Медико-психологическое обследование соматических больных. *Журн невропатологии и психиатрии* 1980; 8: 1195-1198
14. Сухов АН, Деркач АА. *Социальная психология: Учебное пособие для вузов*. Серия: Высшее образование. М., 2001; 353

Поступила в редакцию 24.06.2013 г.

Принята в печать 04.09.2013 г.