

© И.А.Васильева, 2005
УДК 616.61-008.64-036.12-085.38-082.5

И.А. Васильева

ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ НА ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

I.A. Vasilieva

ATTITUDE TO ILLNESS OF CHRONIC HEMODIALYSIS PATIENTS

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

РЕФЕРАТ

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определить типы отношения к болезни, преобладающие у больных на ГД, и переменные, связанные с отношением к болезни этих пациентов. **ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** Обследовали 218 больных, получавших лечение хроническим ГД. Субъективное отношение больного к заболеванию и лечению изучалось с помощью опросника «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ). У всех больных были определены параметры качества жизни, копинг-стратегий, уровни депрессии, астении и тревоги, а также клинические показатели с целью установить переменные, связанные с отношением к болезни этих пациентов. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** У больных, находящихся на лечении ГД, чаще всего встречаются эргопатический («уход от болезни в работу»), сенситивный (с повышенной чувствительностью) и гармоничный типы отношения к болезни. У 62% пациентов преобладают типы отношения адаптивного блока, что свидетельствует об адекватном реагировании на заболевание и лечение. Установлены связи типов отношения к болезни с параметрами качества жизни, характеристиками эмоциональной сферы, трудовой занятостью, уровнем образования, стратегиями преодоления трудностей, длительностью заболевания почек и лечения ГД, особенностями начала ГД, уровнем альбумина сыворотки крови, изменением массы тела за последние 6 месяцев. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** У ГД больных преобладают эргопатический, сенситивный и гармоничный типы отношения к болезни, редко встречаются паранойяльный и дистрофический типы, что свидетельствует о хороших адаптивных возможностях этих пациентов. Отношение к болезни тесно связано с качеством жизни больного, его эмоциональным состоянием, трудовой занятостью, уровнем образования, копинг-стратегиями, с соблюдением медицинских рекомендаций.

Ключевые слова: тип отношения к болезни, гемодиализ, качество жизни, копинг-стратегии.

ABSTRACT

THE AIM of the investigation was to determine the types of attitude to illness prevailing in patients on hemodialysis (HD) and the variables associated with the attitude of these patients to illness. **PATIENTS AND METHODS.** Examination of 218 patients treated by chronic HD allowed to detect their subjective attitude to the illness and to study the treatment with the questionnaire «Type of attitude to illness». The following parameters were determined in all the patients: quality of life, coping strategies, levels of depression, asthenia and anxiety as well as the clinical signs in order to establish the variables associated with the attitude of these patients to their illness. **RESULTS.** The HD patients mostly had ergopathic («getting away from disease to work»), sensitive (with hypersensitivity) and harmonious types of attitude to illness. In 62% of the patients types of the attitude of the adaptive block prevail that speaks of adaptive reaction to the illness and treatment. The types of attitude to illness was shown to be connected with the parameters of life quality, character of emotional sphere, labor employment, level of education, strategies of overcoming the problems, duration of the kidney disease and HD treatment, specificity of beginning HD, blood serum albumin level, change of the body mass for the last 6 months. **CONCLUSION.** HD patients mainly have the ergopathic, sensitive and harmonious types of attitude to the illness, the paranoiac and dystrophic types are rare that speaks of good adaptive potency of these patients. The attitude to illness is closely connected with the quality of life of the patient, the emotional state, employment, education level, coping strategies and following medical recommendations.

Key words: type of attitude to illness, hemodialysis, quality of life, coping strategies.

ВВЕДЕНИЕ

Для современного этапа развития медицины характерно внедрение идей и методов медицинской психологии в клинику соматических заболеваний. При этом одним из наиболее важных принципов является индивидуальный подход к больному с учетом его личностных особенностей и свойственного пациенту типа отношения к болезни. Под типом отношения к болезни подразумевается совокупность представлений пациента о своем за-

болевании, его ощущений и переживаний в связи с болезнью, а также эмоциональных реакций на заболевание и лечение. Понятие типа отношения к болезни было предложено для того, чтобы подчеркнуть расхождение между субъективными построениями больного в отношении своего заболевания и объективными клиническими данными. Близки к нему по психологическому содержанию понятия «внутренней картины болезни», «переживания болезни», «реакции личности на бо-

лезнь», «сознания болезни» [1-4]. Тип отношения к болезни как субъективное отражение заболевания служит точкой приложения психотерапевтического воздействия в ходе реабилитационных мероприятий. Знание специфики типа отношения к болезни и его психологическая коррекция способствуют улучшению социальной адаптации больных [2, 5].

В зарубежных работах субъективное восприятие болезни гемодиализными (ГД) пациентами часто рассматривается в связи с психологическими причинами нонкомплаенса и при планировании мероприятий, направленных на улучшение соблюдения лечебного режима. Установлена связь между соблюдением режима и такой психологической характеристикой, как локус контроля [6]. При преобладании интернального локуса контроля человек считает события в своей жизни результатом собственных усилий. Экстерналы, напротив, склонны приписывать ответственность за события в своей жизни внешним факторам (другим людям, случаю, судьбе). Показано, что наличие интернального локуса контроля, уверенность пациента в том, что результат лечения зависит от его собственных усилий, повышает четкость выполнения рекомендаций по пищевому и водному режиму. А пациенты, пропускавшие и укорачивавшие сеансы ГД, считали, что перспектива течения заболевания не зависит от их усилий [7-9]. По данным J.A.Cvengros и соавт., величина междиализной прибавки веса в значительной степени зависит от того, насколько пациент ощущает себя в состоянии контролировать ситуацию лечения ГД [10].

Отношение пациента к поддерживающей жизни терапии оказывает влияние на результаты лечения: неадекватное отношение может приводить к росту частоты госпитализаций и случаев отказа от терапии [11, 12]. A.S.Kliger и F.O.Finkelstein подчеркивают, что если больной рассматривает ситуацию лечения ГД как тяжелое бремя, это может приводить к отказу от ГД [13].

S.Jassal и соавт. изучали возможности физической реабилитации пожилых ГД больных [14]. В качестве основной причины недостаточной физической активности ГД пациентов старше 65 лет эти авторы называют отсутствие мотивации, нежелание заниматься физкультурой и опасения, что физические упражнения могут повредить здоровью.

Отечественные исследования отношения к болезни пациентов на хроническом ГД немногочисленны и базируются на небольшом количестве наблюдений [2, 15]. Это касается и наших собственных работ 80 – 90-х годов [16, 17]. Недостаточно изучены факторы, влияющие на отношение этих больных к заболеванию и лечению. Модифициру-

емые факторы, оказывающие влияние на отношение к болезни, могли бы послужить мишенями для психологической коррекции дезадаптивных вариантов реагирования на заболевание.

Целью настоящей работы явилось выявление типов отношения к болезни, преобладающих у больных на ГД, и переменных, связанных с отношением к болезни этих пациентов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Обследовали 218 пациентов, находившихся на лечении ГД. Средний возраст больных составил $44,0 \pm 12,9$ лет (от 15 до 72 лет), длительность ГД-терапии – $45,0 \pm 45,2$ месяцев (от 1 до 216 месяцев). Мужчины составили 52% изученных больных.

Особенности субъективной оценки заболевания и эмоционального реагирования диагностировались с помощью методики «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), предназначенной для исследования системы отношений больных с хроническими соматическими заболеваниями [5]. Тип отношения к болезни складывается из представления больного о своем заболевании, лечении, отношения к медицинскому персоналу, родным, окружающим людям, работе (учебе), одиночеству, прошлому и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит). Опросник позволяет диагностировать 12 типов отношения к болезни.

1. Гармоничный (реалистичный, взвешенный). Оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни, стремление содействовать успеху лечения.

2. Эргопатический. «Уход от болезни в работу». Стремление, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу.

3. Анозогнозический (эйфорический). Отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного.

4. Тревожный. Беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности лечения.

5. Ипохондрический. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней, сочетание желания лечиться и неверия в успех.

6. Неврастенический. Реакции по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, неприятных ощущениях, при неудачах лечения.

7. Меланхолический. Сверхудрученность болезнью, неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

8. Апатический. Безразличие к своей судьбе, к результатам лечения, утрата интереса к жизни.

9. Сенситивный. Озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни, опасения, что окружающие будут считать неполноценным, боязнь стать обузой для близких.

10. Эгоцентрический (истероидный). Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий, постоянное требование заботы о себе, эмоциональная нестабильность и непрогнозируемость.

11. Паранойяльный. Стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности, злему умыслу медперсонала.

12. Дисфорический (агрессивный). Вспышки озлобленности со склонностью винить в своей болезни других, требование беспрекословного подчинения со стороны близких.

12 типов отношения к болезни объединены в три блока в соответствии с двумя критериями: «адаптивность – дезадаптивность» и «интер-интрапсихическая направленность». Первый блок включает гармоничный, эргопатический и анозонозический типы, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. Второй блок включает тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы, для которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации. Свойственны пассивность, отсутствие внешнегоотреагирования, подавленное состояние, «капитуляция» перед болезнью, иногда реакции по типу раздражительной слабости. В третий блок вошли сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический типы отношения, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, также обуславливающая нарушения социальной адаптации. Больные стесняются своего заболевания перед окружающими либо «используют» его для достижения своих целей, строят паранойяльного характера концепции относительно причин своего заболевания, обвиняют окружающих в своем недуге.

При анализе данных по конкретному больному вначале рассчитываются шкальные оценки по каждому из 12 типов. На их основе по специально разработанным авторами методики правилам диагностируются типы отношения к болезни. У одного больного может встречаться один или несколько типов. При статистическом анализе использовались следующие показатели: наличие или отсутствие типа отношения к болезни (1 – есть, 0 – нет) и наличие или отсутствие типов первого,

второго или третьего блока (1 – типы указанного блока имеются, 0 – типы указанного блока отсутствуют). Корреляционный анализ и некоторые виды межгруппового сравнения проводились с использованием шкальных оценок по каждому из 12 типов.

Для оценки психического состояния больных использовались шкала самооценки депрессии Зунга [18], шкала личностной и реактивной тревожности Спилбергера [19] и шкала для психологической диагностики уровня невротической астении (УНА) [20], для оценки субъективной удовлетворенности жизнью – опросник SF-36 Health Status Survey [21]. Копинг-стратегии исследовались при помощи опросника «Способы копинга» [22].

Клинические и анамнестические данные включали пол, образование, наличие семьи и работы, длительность хронической болезни почек и продолжительность лечения ГД, факт планового или экстренного начала ГД, уровни креатинина, мочевины до и после процедуры ГД, уровень артериального давления, КТ/V, содержание гемоглобина, альбумина сыворотки крови, уровень неорганического фосфата, содержание калия, натрия, общего кальция до и после сеанса ГД.

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием общепринятых методов параметрической и непараметрической статистики. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы (об отсутствии различий и влияний) принимали равным 0,05. Характеристики выборок представлены в виде средних величин и стандартных отклонений. Для оценки междугрупповых различий применяли t-критерий Стьюдента, тест Манна-Уитни.

Использовали ранговый корреляционный анализ по Спирмену. Для анализа относительных величин применяли критерий χ^2 .

РЕЗУЛЬТАТЫ

Данные о частоте встречаемости различных типов отношения к болезни у пациентов, находящихся на лечении хроническим ГД, представлены в табл. 1. Самым распространенным среди больных на ГД был эргопатический тип, связанный с «уходом от болезни в работу». Достаточно часто диагностировался гармоничный тип отношения к болезни. Из табл. 1 следует, что у ГД-пациентов преобладают типы отношения первого блока (62% случаев), что свидетельствует о достаточно успешной психической и социальной адаптации. Типы отношения второго и третьего блока, связанные с психической дезадаптацией в связи с заболеванием, встречаются реже. Из них чаще других диагностируются сенситивный тип, характеризующийся

Таблица 1

**Частота типов отношения
к болезни у больных на хроническом ГД**

Типы отношения к болезни	Количество больных	
	Абсолютное	Процент
Гармоничный	58	26
Эргопатический	73	33
Анозогнозический	12	5
Тревожный	22	10
Ипохондрический	52	24
Неврастенический	15	7
Меланхолический	24	11
Апатический	20	9
Сенситивный	66	30
Эгоцентрический	16	7
Паранойяльный	7	3
Дисфорический	8	4
Первый блок	137	63
Второй блок	76	34
Третий блок	72	33

Примечание: сумма больше 100%, так как возможно наличие нескольких типов у одного больного.

повышенной чувствительностью и скрытностью, и ипохондрический, связанный с преувеличением тяжести состояния. Редко наблюдались паранойяльный и дисфорический типы.

Анализ частоты встречаемости типов отношения к болезни в зависимости от пола не выявил достоверных различий по отдельным типам отношения ($p>0,05$). На рис. 1 представлены данные о частоте встречаемости суммарных блоков типов отношения у мужчин и женщин. Сравнивались две группы пациентов. В первую группу были включены пациенты, у которых регистрировался только адаптивный первый блок. Вторую группу составили больные, у которых диагностировались только дезадаптивные второй или третий блоки либо их сочетание. Как следует из рисунка, мужчин отличает достоверно более высокая частота адаптивных блоков по сравнению с дезадаптивными. У женщин статистически значимых различий по частоте адаптивных и дезадаптивных блоков не отмечено.

Сравнивалась частота встречаемости различных вариантов личностного реагирования на заболевание у работающих и неработающих больных трудоспособного возраста (от 18 до 59 лет). Работающих пациентов отличает большая частота типов первого блока (79% против 57% у неработающих, $p=0,0150$) и более низкий процент типов второго блока (16% против 40% у неработающих, $p=0,0067$). При сравнении шкальных оценок по ТООБЛ трудоустроенных и нетрудоустроенных больных выявлены статистически достоверные различия по большинству шкал (табл. 2). У работающих пациентов зарегистрирована большая степень выраженности гармоничного, эргопатического и анозогнозического типов отношения к болезни и

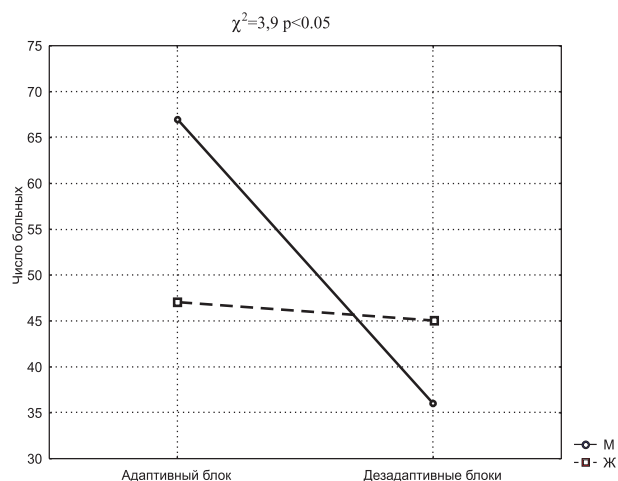


Рис. 1. Распределение больных по адаптивным и дезадаптивным блокам типов отношения к болезни в зависимости от пола.

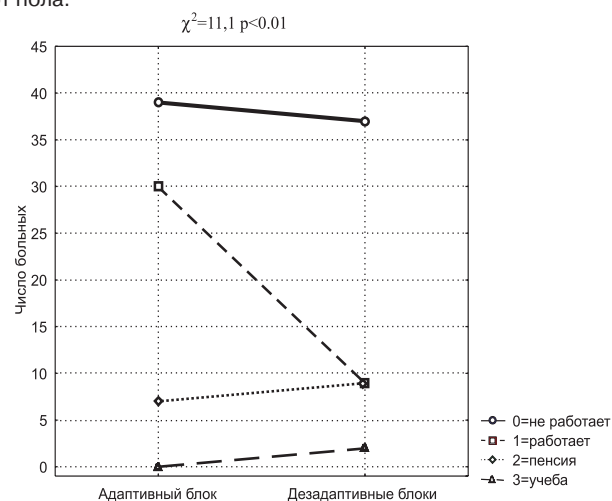


Рис. 2. Взаимосвязь принадлежности к адаптивным и дезадаптивным блокам и трудоустройства.

меньшая выраженность таких дезадаптивных вариантов личностного реагирования, как тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, эгоцентрический и дисфорический типы.

На рис. 2 представлены данные о взаимосвязи трудовой занятости пациентов с частотой адаптивного (первого) и дезадаптивных (второго и третьего) блоков. У работающих больных частота адаптивного блока типов отношения к болезни существенно превышает частоту встречаемости дезадаптивных блоков.

Рассматривалось соотношение частоты адаптивного и дезадаптивных блоков с уровнем образования. Эта связь также оказалась статистически достоверной (рис. 3). У лиц с высшим и средним специальным образованием чаще встречаются адаптивные варианты отношения к заболеванию, в то время как у пациентов со средним образованием дезадаптивные блоки регистрируются чаще адаптивных.

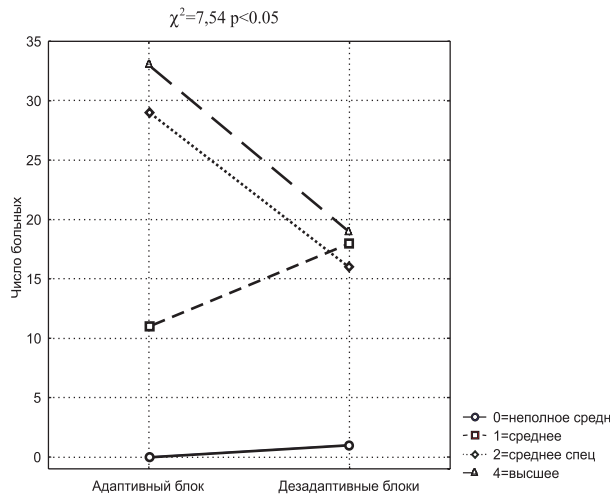


Рис. 3. Взаимосвязь принадлежности к адаптивному и дезадаптивному блокам и образования.

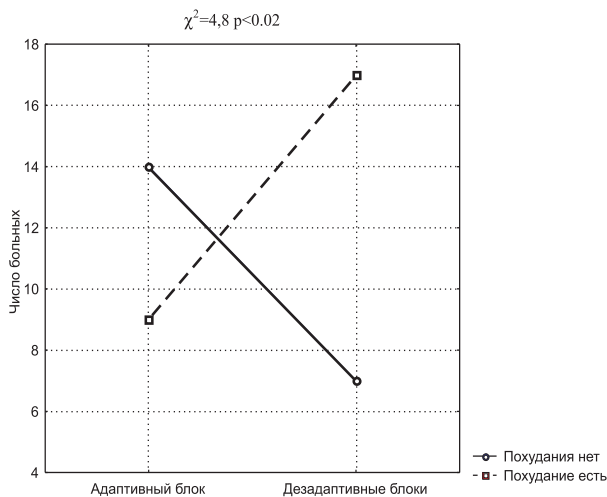


Рис. 4. Взаимосвязь принадлежности к адаптивному и дезадаптивному блокам и соблюдения диеты.

Интересна связь принадлежности к адаптивному — дезадаптивному блокам с похуданием за последние 6 месяцев (рис. 4). Среди больных, у которых отмечено снижение массы тела, преобладают типы дезадаптивных блоков. А у пациентов с положительной либо стабильной динамикой массы тела достоверно чаще встречаются адаптивные блоки отношения к болезни.

Проведено сравнение частоты встречаемости типов отношения к болезни в зависимости от планового или экстренного начала ГД. При плановом начале ГД наиболее часто встречающимися были эргопатический (54% больных) и гармоничный (19%) типы отношения. При экстренном — преобладал сенситивный тип, для которого характерно стремление скрыть информацию о своем заболевании и лечении от окружающих (59% против 15% при плановом начале, $p=0,0044$). При экстренном начале по срав-

нению с плановым достоверно выше частота таких дезадаптивных форм реагирования, как ипохондрический (41% против 12%, $p=0,0304$) и эгоцентрический (18% против 0%, $p=0,0302$) типы отношения, а также выше процент больных, у которых зарегистрированы типы третьего блока (65% против 15%, $p=0,0017$).

Различий по частоте встречаемости типов отношения к болезни в зависимости от семейного положения больного не установлено.

Проведен корреляционный анализ предполагаемой связи между шкальными оценками типов отношения к болезни, с одной стороны, и клинико-лабораторными показателями, длительностью ГД и данными психодиагностических методик, с другой.

Корреляционный анализ позволил установить высоко достоверные связи шкальных оценок типов отношения к болезни с показателями методик, направленных на оценку психического состояния больных. Так, выраженность депрессии (по опроснику Зунга) нарастает по мере роста шкальных оценок всех типов второго и третьего блоков (кроме сенситивного) и снижается с увеличением показателей гармоничного, эргопатического и анозогнозического типов (все $p=0,000$). Аналогичные связи отмечены и с показателями тревоги и астении. Показатели реактивной и личностной тревожности положительно коррелируют с оценками всех без исключения дезадаптивных типов второго и третьего блоков и отрицательно — с типами первого блока (все $p<0,01$). Уровень астении по методике УНА возрастает с увеличением шкальных оценок типов второго и третьего блоков (кроме сенситивного) и снижается при росте оценок гармоничного, эргопатического и анозогнозического типов (все $p<0,01$).

Установлено значительное число взаимосвязей

Таблица 2

Шкальные оценки по ТОБОЛ работающих и неработающих больных трудоспособного возраста ($\bar{X} \pm SD$)

Шкальные оценки типов отношения к болезни	Работают, n=43	Не работают, n=86	Достоверность различий, p
Гармоничный	$28,7 \pm 23,5$	$16,8 \pm 22,4$	$p=0,0057$
Эргопатический	$24,8 \pm 19,2$	$17,7 \pm 17,4$	$p=0,0370$
Анозогнозический	$12,7 \pm 16,8$	$2,7 \pm 9,6$	$p=0,0000$
Тревожный	$6,2 \pm 7,1$	$10,0 \pm 7,7$	$p=0,0071$
Ипохондрический	$10,5 \pm 6,4$	$15,2 \pm 8,1$	$p=0,0010$
Неврастенический	$6,9 \pm 5,3$	$9,9 \pm 5,8$	$p=0,0044$
Меланхолический	$4,4 \pm 5,7$	$9,6 \pm 8,0$	$p=0,0002$
Апатический	$2,9 \pm 4,6$	$7,3 \pm 7,1$	$p=0,0003$
Сенситивный	$17,8 \pm 8,9$	$19,9 \pm 8,3$	$p=0,1945$
Эгоцентрический	$7,8 \pm 4,4$	$11,0 \pm 5,6$	$p=0,0016$
Паранойяльный	$5,7 \pm 4,9$	$6,4 \pm 4,9$	$p=0,4236$
Дисфорический	$3,3 \pm 4,5$	$5,8 \pm 5,9$	$p=0,0188$

Корреляции шкальных оценок типов отношения к болезни с суммарными показателями качества жизни

Типы отношения к болезни	Суммарный показатель физического здоровья, n=93		Суммарный показатель психического здоровья, n=93	
	коэффициент корреляции, R	достоверность, p	коэффициент корреляции, R	достоверность, p
Гармоничный	0,19	0,06	0,33	0,001
Эргопатический	0,18	0,08	0,34	0,0008
Анозогнозический	0,05	0,60	0,34	0,0008
Тревожный	-0,14	0,19	-0,42	0,0000
Ипохондрический	-0,33	0,01	-0,44	0,0000
Неврастенический	-0,07	0,50	-0,48	0,0000
Меланхолический	-0,29	0,004	-0,48	0,0000
Апатический	-0,28	0,006	-0,45	0,0000
Сенситивный	0,01	0,91	-0,09	0,37
Эгоцентрический	-0,17	0,11	-0,36	0,0005
Паранойяльный	-0,03	0,74	-0,30	0,003
Дисфорический	-0,03	0,74	-0,29	0,006

отношения к болезни с показателями субъективной удовлетворенности жизнью. В таблице 3 представлены корреляции интегральных показателей качества жизни с оценками типов отношения к болезни. Суммарный индекс психического здоровья более тесно связан с типами отношения к болезни, чем суммарный показатель физического здоровья.

Отмечен ряд значимых корреляций шкальных оценок типов отношения к болезни с показателями копинг-стратегий по тесту Лазаруса. Гармоничный тип положительно коррелирует с планированием решения проблемы ($R=0,39$, $p=0,01$), сенситивный тип – с сохранением самоконтроля перед лицом трудностей ($R=0,32$, $p=0,039$) и с положительной переоценкой ($R=0,33$, $p=0,029$). Ипохондрический тип отрицательно связан с применением стратегии «бегство-избегание» ($R=-0,32$, $p=0,035$), а анозогнозия – с дистанцированием ($R=-0,38$, $p=0,01$).

Корреляции с клинико-лабораторными и анамнестическими показателями не столь тесны и многочисленны. С увеличением длительности хронической болезни почек растет степень выраженности апатического варианта отношения к болезни ($R=0,22$, $p=0,027$). Продолжительность лечения ГД отрицательно коррелирует с оценкой анозогнозического типа ($R=-0,17$, $p=0,018$) и положительно – с ипохондрическим ($R=0,23$, $p=0,002$), неврастеническим ($R=0,15$, $p=0,036$), меланхолическим – ($R=0,23$, $p=0,002$) и апатическим типами ($R=0,24$, $p=0,001$). Уровень креатинина до сеанса ГД связан с гармоничным типом ($R=0,29$, $p=0,034$), уровень кальция до ГД – с эргопатическим ($R=0,40$, $p=0,0037$). Альбумин сыворотки крови коррелирует со шкальной оценкой гармоничного типа ($R=0,30$, $p=0,03$) и паранойяльного типа ($R=0,39$, $p=0,004$), для которого характерны активная позиция в вопросах лечения, требовательность к медперсоналу. Показатели натрия до и после процедуры

ГД связаны с оценкой меланхолического типа ($R=0,32$, $p=0,021$ и $R=0,28$, $p=0,045$ соответственно). Максимальный уровень систолического артериального давления положительно коррелирует с ипохондрическим ($R=0,28$, $p=0,042$) и меланхолическим типами ($R=0,31$, $p=0,029$). Уровень фосфатов негативно коррелирует с оценками гармоничного ($R=-0,39$, $p=0,0043$) и анозогнозического типов ($R=-0,35$, $p=0,011$) и позитивно – с тревожным ($R=0,31$, $p=0,026$) и ипохондрическим типами ($R=0,28$, $p=0,040$). Не установлено связей шкальных оценок типов отношения к болезни с показателем КТ/V, уровнем гемоглобина и эритроцитов.

ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно полученным данным, самыми распространенными среди ГД-пациентов были эргопатический тип отношения к болезни, для которого характерно стремление продолжать работу, сенситивный тип с повышенной чувствительностью и гармоничный тип, характеризующийся адекватным отношением к заболеванию. Преобладают типы отношения первого блока, при которых психическая и социальная адаптация больных к заболеванию и лечению не нарушена. Эти данные согласуются с полученными нами ранее результатами относительно стратегий преодоления трудностей диализными больными [23]. Чаще всего встречается «планирование решения проблемы» (один из наиболее эффективных способов разрешения сложных ситуаций) и редко – копинг-стиль «бегство-избегание» (непродуктивная стратегия). Полученные данные в целом свидетельствуют о хороших адаптивных возможностях ГД-пациентов. Выявлены взаимосвязи типов отношения к болезни со стратегиями преодоления трудностей. Как было указано выше, понятие типа отношения к болезни было предложено с целью подчеркнуть расхождение между субъективными представлениями больного о своем заболевании и объективными клиническими данными. Логично предположить, что субъективная оценка сложной ситуации предвещает выбор способа приспособительного поведения, выбор способа копинга. Это было подтверждено в процессе статистического

анализа. Так, гармоничный тип сочетается с планированием решения проблемы, сенситивный тип – с сохранением самоконтроля перед лицом трудностей и с положительной переоценкой. Таким образом, свойственный пациенту тип отношения к болезни в сочетании с используемыми им поведенческими стратегиями преодоления трудностей создают основу для психической и социальной адаптации к заболеванию и лечению.

Данные о зависимости субъективного отношения к болезни от пола неоднозначны. Если по частоте встречаемости отдельных типов отношения значимых различий между мужчинами и женщинами не выявляется, то распределение больных по суммарным блокам указывает на преобладание у мужчин адаптивного блока типов отношения. У женщин же частота адаптивного и дезадаптивных блоков не различалась. Следует принять во внимание, что женщин в анализируемой нами выборке отличала достоверно большая продолжительность лечения ГД. Этот вопрос требует дальнейшего изучения.

Субъективная оценка заболевания пациентом оказывает влияние на его трудовую занятость. У работающих больных чаще встречаются адаптивные типы отношения к болезни первого блока и реже дезадаптивные варианты реагирования на заболевание и лечение второго и третьего блоков. Аналогичные тенденции зарегистрированы и в отношении степени выраженности отдельных типов отношения. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что отношение к болезни является одной из наиболее важных мишеней для психотерапевтического воздействия, цель которого – достижение полноценной трудовой реабилитации больного.

Установлена связь отношения к болезни с уровнем образования. У лиц с высшим и средним специальным образованием преобладают адекватные типы отношения к заболеванию и лечению первого блока. У пациентов с более низким уровнем образования отмечается тенденция к большей частоте встречаемости дезадаптивных блоков. Ранее аналогичный факт о влиянии образовательного уровня на трудоустройство был установлен нами в отношении больных молодого возраста, находящихся на лечении ГД [24]. Было показано, что уровень образования является независимым и наиболее значимым предиктором трудоустройства больных на ГД. При наличии у пациента высшего образования вероятность того, что больной будет работать, возрастает почти в 12 раз по сравнению со средним или средним специальным образованием. Получается так, что образовательный уровень способствует формированию адекватных

типов отношения к болезни и благоприятно сказывается на трудоустройстве ГД-пациентов. Результаты исследования показывают важность информирования пациентов о специфике заболевания и лечения, о необходимости соблюдения медицинских рекомендаций для формирования адекватного отношения к болезни и лечению.

Семейное положение пациента не оказывает влияния на отношение к болезни.

Выявлены высоко достоверные связи оценок типов отношения к болезни с выраженностью депрессии, тревоги, астении, с суммарным показателем психического здоровья. При адаптивных типах отношения уровень депрессии, тревоги, астении ниже, интегральный показатель психического здоровья выше, чем при дезадаптивных. Вышеперечисленные характеристики эмоционального состояния пациентов являются модифицируемыми переменными. Таким образом, фармакотерапия и психотерапия расстройств эмоциональной сферы приобретают особую актуальность для коррекции дезадаптивных вариантов реагирования на заболевание.

Как было указано выше, ряд зарубежных авторов выявили зависимость между восприятием болезни ГД-пациентом и соблюдением лечебного режима [6–10]. В нашем исследовании получены новые результаты о связи типов отношения к болезни с изменением массы тела за последние 6 месяцев. У лиц, похудевших за последние полгода, преобладали дезадаптивные типы отношения, в то время как у больных со стабильной или положительной динамикой массы тела чаще встречались адекватные варианты реагирования. Учитывая, что в период наблюдения больные были клинически стабильны, изменения массы тела можно отнести на счет несоблюдения диеты пациентами с неадекватными формами реагирования на заболевание. В таком случае коррекция отношения к болезни может быть одной из форм работы с недисциплинированными пациентами.

Плановое начало ГД по сравнению с ургентным оказывает более благоприятное влияние на субъективную оценку пациентом своего заболевания и лечения. При экстренном начале ГД-терапии часто встречаются различные варианты психической дезадаптации, и больные нуждаются в повышенном внимании со стороны медперсонала.

На вопрос о соотношении «внутренней картины болезни», формирующейся у пациента, с тяжестью его соматического состояния однозначного ответа не получено. Связи отношения к болезни с клинико-лабораторными и анамнестическими показателями не отличаются таким высоким уровнем

нем статистической достоверности, как, например, корреляции типов отношения с психологическими переменными, и не столь многочисленны. Но все же полученные данные позволяют предположить, что относительно сохраненные в соматическом отношении пациенты более адекватно реагируют на свое заболевание и ситуацию лечения хроническим ГД.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тип отношения к болезни является важной психологической характеристикой, оказывающей влияние на психическую и социальную адаптацию больных к заболеванию и лечению ГД. Отношение к болезни тесно связано с характеристиками эмоционального состояния, качеством жизни больного, его трудовой занятостью, уровнем образования, с соблюдением медицинских рекомендаций. Изменение неадекватных реакций на болезнь и лечение чрезвычайно важно для достижения полноценной реабилитации ГД-пациентов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Лурия РА. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. М., 1977:
2. Николаева ВВ. Влияние хронической болезни на психику. Издательство МГУ, М., 1987: 168
3. Ковалев ВВ. Личность и ее нарушения при соматической болезни. В: *Роль психических факторов в происхождении, течении и лечении соматических болезней*. М.; 1972: 102-115
4. Рохлин ЛЛ. «Сознание болезни» и его значение в клинической практике. *Клиническая медицина* 1957; 35 (9): 11-20
5. Вассерман ЛИ, Иовлев БВ, Карпова ЭБ и др. Усовершенствованный вариант опросника для психологической диагностики типов отношения к болезни. *Методические рекомендации*. Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, СПб., 2001: 33
6. Bremer BA, Haffly D, Foxx RM, Weaver A. Patients' perceived control over their health care: an outcome assessment of their psychological adjustment to renal failure. *Amer J Med Qual* 1995; 10 (3): 149-154
7. Kutner NG, Zhang R, McClellan WM et al. Psychosocial predictors of non-compliance in haemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2002; 17: 93-99
8. Kimmel PL. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *Am J Kidney Dis* 2000; 35 [Suppl 1]: S132-S140
9. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL et al. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney Int* 1998; 54 (1): 245-254
10. Cvengros JA, Christensen AJ, Lawton WJ. The role of perceived control and preference for control in adherence to a chronic medical regimen. *Ann Behav Med* 2004; 27 (3): 155-161
11. Prendergast TJ, Luce JM. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 155: 15-20
12. Fried TR, Bradley EH, Towle VR et al. Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. *N Engl J Med* 2002; 346: 1087-1089
13. Kliger AS, Finkelstein FO. Which patients choose to stop dialysis? *Nephrol Dial Transplant* 2003; 18: 869-871
14. Jassal S, Borganza C, Naglie G. Can older patients do better on dialysis? Identifying a motivation problem. *Nephrol Dial Transplant* 2002; 17, Abstracts, [Suppl 1 P]:295
15. Муладжанова ТН. Психологический анализ изменений личности у больных хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении гемодиализом. Автореф дисс канд психол наук. М., 1983: 14
16. Васильева ИА. Нарушения в системе личностных отношений у больных, находящихся на лечении хроническим гемодиализом. В: *Психические расстройства в соматической клинике*. Л.; 1991: 45-51
17. Васильева ИА. Психическая адаптация больных с хронической почечной недостаточностью к лечению гемодиализом. Автореф дисс канд психол наук. СПб., 1992: 20
18. Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiat* 1965; 12: 63-70
19. Spielberger CD et al. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press, 1983
20. Вассерман ЛИ, Вукс АЯ, Иовлев БВ и др. *Шкала для психологической диагностики уровня невротической астении. Методические рекомендации*. Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, СПб., 1998: 18
21. Ware JE, Snow KK, Kosinski M et al. *SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide*. MA. Health Institute, Boston, 1993: 22
22. Folkman S, Lazarus RS. *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press, 1988
23. Васильева ИА, Исаева ЕР, Румянцев АШ, Ткалина ЕВ, Щелкова ОЮ. Копинг-стратегии больных, находящихся на лечении хроническим гемодиализом. *Нефрология* 2004; 8(4): 45-51
24. Васильева ИА, Добронравов ВА, Бабарыкина ЕВ. Факторы, влияющие на трудовую занятость больных, находящихся на лечении хроническим гемодиализом. *Нефрология* 2004; 8(1): 56-61

Поступила в редакцию 14.12.2004 г.