

Мир науки. Педагогика и психология / World of Science. Pedagogy and psychology <https://mir-nauki.com>

2020, №2, Том 8 / 2020, No 2, Vol 8 <https://mir-nauki.com/issue-2-2020.html>

URL статьи: <https://mir-nauki.com/PDF/20PSMN220.pdf>

Ссылка для цитирования этой статьи:

Кольчик Е.Ю., Ушакова В.Р. Особенности отношения к болезни личности с хронической почечной недостаточностью // Мир науки. Педагогика и психология, 2020 №2, <https://mir-nauki.com/PDF/20PSMN220.pdf> (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз. рус., англ.

For citation:

Kolchik E.Yu., Ushakova V.R. (2020). Features of personality's attitude to disease with chronic renal failure. *World of Science. Pedagogy and psychology*, [online] 2(8). Available at: <https://mir-nauki.com/PDF/20PSMN220.pdf> (in Russian)

УДК 159.91

ГРНТИ 15.81.61

Кольчик Елена Юрьевна

ГБОУВО РК «Крымский инженерно-педагогический университет имени Февзи Якубова», Симферополь, Россия
Старший преподаватель кафедры «Психологии»
Кандидат психологических наук
E-mail: egyptshore@yandex.ru
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6116-6053>

Ушакова Владислава Романовна

ГБОУВО РК «Крымский инженерно-педагогический университет имени Февзи Якубова», Симферополь, Россия
Доцент кафедры «Психологии»
Кандидат психологических наук
E-mail: Vladislava.psychologist@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8317-2518>
РИНЦ: https://www.elibrary.ru/author_profile.asp?id=915779

Особенности отношения к болезни личности с хронической почечной недостаточностью

Аннотация. Статья посвящена изучению отношения к болезни как структурного компонента внутренней картины болезни. Авторами проанализированы основные подходы к пониманию внутренней картины болезни отечественных и зарубежных исследователей, а также отдельные структурные компоненты отношения к болезни. Рассмотрены специфические особенности хронической почечной недостаточности как синдрома нарушения всех функций почек, приводящих к расстройству всех видов обмена. Обозначены основные трудности в принятии заболевания и в адаптации к лечению хронической почечной недостаточности путем программного гемодиализа. Проведено эмпирическое исследование, направленное на выявление особенностей отношения к болезни у лиц с хронической почечной недостаточностью. В исследовании приняли участие 80 пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, проходящие процедуру гемодиализа, из них 40 мужского пола и 40 женского в возрасте от 25 до 80 лет (средний возраст испытуемых 53,9±1,2). Выборка испытуемых была разделена на 4 группы в зависимости от возраста пациентов. В результате исследования были выявлены преобладающие типы установок к лечению и возможные ожидания, связанные с лечением у пациентов, находящихся на гемодиализе. Выявлены различия в уровне выраженности тревоги и депрессии у пациентов из разных возрастных категорий: у пациентов в возрасте 56–80 лет диагностированы признаки субклинической депрессии. Определены ведущие стратегии совладающего поведения у

больных хронической почечной недостаточностью из различных возрастных категорий. Выявлены взаимосвязи между типами установок к лечению, выраженностью тревоги и депрессии и характерными способами совладания со стрессами у разновозрастных пациентов с хронической почечной недостаточностью.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни; отношение к болезни; хроническая почечная недостаточность; совладающее поведение; тревога; депрессия; установки на лечение

Введение (актуальность)

Хроническая болезнь почек является важной современной медицинской и социальной проблемой. Личностные реакции на болезнь и внутренняя картина болезни при соматических заболеваниях имеют огромное значение, поскольку они влияют не только на поведение соматических больных, но и на течение болезни. Личностное отношение совместно с особенностями внутренней картины болезни взаимосвязаны с качеством жизни и отношением к лечению болезни. В современной медицине характерным и довольно распространенным является внедрение идей и методов медицинской психологии в клинику соматических заболеваний. Данный процесс во многом обусловлен тем, в основе ряда реабилитационных направлений лежит личностный подход. Комплексная терапия пациентов является максимально продуктивной в том случае, если воздействие осуществляется не только на природу соматического заболевания, но и на психику пациента, направив её на формирование позитивных установок относительно прогноза исхода лечения [1]. Все мероприятия относительно повышения сотрудничества лечению позволят добиться желаемого результата в сжатые сроки, при этом частота рецидивов резко снижается. В случаях длительной заместительной терапии такой подход позволит больным избежать невротических состояний, связанных с переживанием пожизненных процедур.

Внутренняя картина болезни (далее – ВКБ) как сложный, многоаспектный феномен рассматривалась в работах Р.А. Лурия, В.Н. Мясищева, С.Е. Бахтоярова, где понималась как общее представление человека о своем заболевании, как некий результат творческой активности, в процессе которой пациент осознает свою болезнь [2–4]. Р.А. Лурия была предложена структура внутренней картины болезни, которая включает в себя сензитивный и интеллектуальный компоненты. Сензитивный компонент представлен ощущениями, переживаемыми пациентом вследствие видоизмененного, патологического состояния организма, а интеллектуальный компонент представляет собой рациональную оценку своего состояния, которая не всегда соответствует реальной соматической базе [2]. В.Н. Мясищев предлагает несколько иную структуру ВКБ, выделяя в ней эмоциональный, поведенческий и когнитивный компоненты, подразумевая комплекс знаний о болезни, эмоциональное отношение к ней и соответствующие модели поведения, основанные на первых двух компонентах [3]. По мнению Зейгарник Б.В., Куртановой Ю.Е., болезнь обретает личностный смысл, лишь преломившись через структуру личности [5; 6]. Таким образом, понимание и осознание болезни связано с иерархией ценностей личности, ее системой потребностей и мотивов в преморбиде. Благоприятный психотерапевтический эффект достигается лишь путем изменения отношения к внутренней картине своего заболевания.

Хроническая почечная недостаточность как заболевание имеет свои особенности и выражена физиологическими, психологическими и социальными нарушениями, требующие комплексного подхода к заболевшему и отражаясь на его адаптации к заболеванию. В ходе лечения хронической почечной недостаточности при помощи программного гемодиализа (далее ГД) наблюдается развитие многих осложнений, которые связаны с биохимическими, метаболическими и иммунологическими нарушениями в организме человека [7]. В связи с тем,

что совершенствуется техника ГД, на этом фоне увеличивается продолжительность жизни больных. Одна из главных проблем – это психологическая адаптация к новым жизненным обстоятельствам, связанным с лечением больного [8]. Люди, которые находятся на программном гемодиализе, испытывают тревогу, ведущую к ряду депрессивных расстройств и к росту суицидальных мыслей. Исследования в области депрессивных расстройств у больных с хронической почечной недостаточностью достаточно широко изучены в работах отечественных и зарубежных ученых (М.У. Кистаубаев, Т.А. Душпанова, В.А. Кичигин и др.), однако данные о динамике психоэмоциональных состояний и поведенческих паттернов как части ВКБ пациентов в ходе постоянного лечения отсутствуют [9].

Цель исследования

Выявить особенности отношения к болезни личности с хронической почечной недостаточностью.

Методы (подробное описание исследования)

Экспериментальное исследование проходило на базе ООО «Диализный центр «Крым»». В исследовании приняли участие 80 пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, проходящие процедуру гемодиализа, из них 40 мужского пола и 40 женского в возрасте от 25 до 80 лет (средний возраст испытуемых $53,9 \pm 1,2$).

Выборка испытуемых была разделена на 4 группы в зависимости от возраста пациентов. Социальные характеристики групп представлены в таблице 1.

Таблица 1

Группы пациентов с хронической почечной недостаточностью

Наименование группы	Возрастной диапазон	Количество человек	Средний возраст	Пол	Длительность заболевания (ср. зн.)
Группа 1	от 25 до 35 лет	20	30,9	14 жен. / 6 муж.	3,9
Группа 2	от 36 до 55 лет	20	48,7	20 муж.	2,7
Группа 3	от 56 до 65 лет	21	60,2	14 жен. / 7 муж.	3,4
Группа 4	от 70 до 80 лет	19	75,7	12 жен. / 7 муж.	1,8

Составлено авторами

В соответствии с целью данного исследования и проверки выдвинутой гипотезы использовали следующие психологические методы и методики исследования. С целью выявления доминирующих установок и мотивов лечения использовали Опросник для изучения отношения к болезни и лечению, разработанный Б.Д. Карвасарским. Автор опросника выделяет 5 типов установок на лечение: достижение инсайта, изменение поведения, достижение симптоматического улучшения, получение «вторичного выигрыша» от болезни и пассивная позиция.

С целью выявления и оценки выраженности проявлений тревоги и депрессии использовали Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), разработанную А.С. Зигмондом и Р.П. Снэйтом, в *адаптации* М.Ю. Дробижева. Авторы выделяют следующие степени выраженности тревоги и депрессии: норма, субклиническая и клиническая. Методика используется непосредственно в клинической практике для оценки эмоционального состояния пациентов.

С помощью опросника Способы совладающего поведения, разработанного Р. Лазарусом и С. Фолкман определяли характерные для каждой группы пациентов способы совладающего поведения. Авторы выделяют 8 типов копинг-стратегий: Конфронтация, дистанцирование,

самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы и положительная переоценка.

Различия в уровне выраженности установок к лечению и способов совладающего поведения между разновозрастными группами пациентов выявлялись с помощью Н-критерия Крускала-Уоллиса и U-критерия Манна-Уитни. Определение характерных когнитивно-эмоциональных и поведенческих особенностей у пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточностью осуществлялось с использованием непараметрического метода χ^2 -критерий Пирсона. Математическая обработка данных выполнялось с помощью компьютерного пакета статистических программ Statistica версия 20.

Результаты исследования

В таблице 2 представлены результаты экспериментального исследования преобладающих типов установок к лечению и возможные ожидания, связанные с лечением, у разновозрастных пациентов, находящиеся на гемодиализе.

Таблица 2

Типы установки у пациентов с хронической почечной недостаточностью

Типы установок	Группа 1, n = 20	Группа 2, n = 20	Группа 3, n = 21	Группа 4, n = 19	Н-критерий Крускала- Уоллиса
	M±m	M±m	M±m	M±m	
Установка на понимания и осознание состояния	6,8±1,3	6,7±1,4	9±1,4	10±1,8	101
Установка на изменение поведения	9,5±0,7	10,5±1,2	12±0,9	13±1,5	55**
Установка на достижение симптоматического улучшения	8,6±1,2	10,7±0,8	13,5±1,4	13,7±1,7	104
Установка на получение «вторичного выигрыша» от болезни (включая пребывание в больнице)	10,5±1,1	14,1±1,1	15±1,2	21±1,1	92
Иная установка (включая пассивную позицию)	18,6±0,8	20±0,5	28,8±1,7	28±1,8	50**

** при $p \geq 0,05$ (составлено авторами)

Согласно полученным данным во всех возрастных группах преобладают 2 установки – установка, включающая пассивную позицию и установка на вторичную выгоду от болезни. Данный факт свидетельствует о том, что больные независимо от возраста в процессе лечения занимают в большей степени пассивную позицию, диагностируется низкий уровень их вовлеченности в процесс лечения. Отметим, что больные всех возрастов, находящиеся на гемодиализе, получают выгоду от болезни и пребывания на лечении в больнице. Данная установка может препятствовать выздоровлению и возможно усугублять болезнь и самочувствие пациентов в целом.

Однако, отметим, что у больных Группы 1 характерно выражена установка на изменение поведения (ср. зн. 9,5±0,7). Пациенты с хронической почечной недостаточностью в возрасте 25–35 лет считают, что трансформация привычных поведенческих паттернов поможет в процессе лечения и реабилитации заболевания, может поспособствовать их улучшению состояния здоровья и самочувствия. В свою очередь, пациенты с хронической почечной недостаточностью в возрасте от 36 лет до 80 лет ориентированы в лечении на симптоматическое улучшение самочувствия, они ожидают получить от лечения гемодиализом симптоматическое улучшение своего состояния здоровья.

Выявлены достоверные различия в группах больных по типу установок в лечении – установка на изменение поведения ($N = 55$, при $p \geq 0,05$) и иная установка, в том числе пассивная ($N = 50$, при $p \geq 0,05$). С помощью критерия Манна-Уитни определены статистические различия в наличии установки на понимание и осознание состояния между пациентами в возрасте от 25 до 35 лет и в возрасте 70–80 лет ($U = 218$, при $p \geq 0,05$), установка на достижение симптоматического улучшения между испытуемыми в возрастном диапазоне 25–35 лет и 56–65 лет ($U = 205$, при $p \geq 0,01$), а также различается степень преобладания установки на получение выгоды от состояния здоровья у пациентов с хронической почечной недостаточностью в возрасте 25–35 лет и 70–80 лет ($U = 186$, при $p \geq 0,01$), 36–55 лет и 70–80 лет ($U = 204$, при $p \geq 0,01$), и в возрастном диапазоне 56–65 лет и 70–80 лет ($U = 210$, при $p \geq 0,05$).

Исследование эмоциональной сферы пациентов с хронической почечной недостаточностью, находящихся на гемодиализе, а именно уровня выраженности проявления тревоги и депрессии осуществлялась с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Результаты экспериментального исследования проявлений тревоги и депрессии среди пациентов разных возрастных групп представлено в таблице 3.

Таблица 3

Показатели тревоги и депрессии у пациентов с хронической почечной недостаточностью

Эмоциональные проявления	Группа 1, n = 20	Группа 2, n = 20	Группа 3, n = 21	Группа 4, n = 19	Н-критерий Крускала-Уоллиса
	M±m	M±m	M±m	M±m	
Тревога	6,5±1,1	6,7±1,4	8±1,6	9±1,4	120
Депрессия	4±0,7	7,5±2,1	9,5±1,4	8±1,3	75**

** при $p \geq 0,05$ (составлено авторами)

Согласно данным у испытуемых в возрасте 25–35 лет и 36–55 лет показатели уровня выраженности тревоги и депрессии находится в границах нормы. Отметим, что у пациентов в возрасте 56–65 лет и 66–80 лет диагностируется субклинически выраженная тревога и депрессия. Следовательно, у пациентов с хронической почечной недостаточностью старше 55 лет прослеживается наличие психоэмоционального напряжения. Отметим, что показатель депрессии выше у испытуемых в возрасте 56–65 лет, а показатель тревоги – у пациентов 66–80 лет.

Определены статистически значимые различия по выраженности депрессивной симптоматики среди пациентов с хронической почечной недостаточностью разных возрастных групп ($N = 75$, при $p \geq 0,05$). Отметим, что диагностируются достоверные различия по выраженности тревожных проявлений у испытуемых в возрасте 25–35 лет и пациентов 70–80 лет ($U = 210$, при $p \geq 0,05$).

Для выявления характерных для пациентов с хронической почечной недостаточностью разных возрастных групп способов преодоления жизненных затруднений использовали опросник «Способы совладающего поведения», разработанный Р. Лазарусом и С. Фолкман, в адаптации Т.Л. Крюковой. В таблице 4 представлены данные по 8 копинг-стратегиям в 4 группах больных с хронической почечной недостаточностью, находившихся на гемодиализе.

Таблица 4

Показатели копинг-стратегии у пациентов с хронической почечной недостаточностью

Виды копинг-стратегий	Группа 1, n = 20	Группа 2, n = 20	Группа 3, n = 21	Группа 4, n = 19	Н-критерий Крускала-Уоллиса
	M±m	M±m	M±m	M±m	
Конфронтрование	7±1,7	7,8±1,2	7±0,9	7,4±1,1	120
Дистанцирование	7,3±0,9	9±0,9	10±1,6	10,2±1,6	110

Виды копинг-стратегий	Группа 1, n = 20	Группа 2, n = 20	Группа 3, n = 21	Группа 4, n = 19	Н-критерий Крускала- Уоллиса
	M±m	M±m	M±m	M±m	
Самоконтроль	10,5±1,9	12,5±1,4	11,5±1,3	13,5±1,2	118
Поиск социальной поддержки	7,5±0,8	12±1,5	10,5±1,3	11,3±1,8	82**
Принятие ответственности	5,5±1,4	5,3±1,5	6,2±1,2	8±1,4	115
Бегство-избегание	7±1,8	10±0,9	9,5±0,9	11±1,3	123
Планирование решения проблемы	10,4±1,2	11±1,4	10,5±1,6	12±1,4	119
Положительная переоценка	11±1,3	10±0,9	9,5±1,3	12±1,1	115

** при $p \geq 0,05$ (составлено авторами)

Согласно данным, представленных в таблице 4, пациенты в возрасте 25–35 лет в стрессовых ситуациях в большей степени используют такие способы совладающего поведения как «положительная оценка» (ср. зн. $11 \pm 1,3$), «самоконтроль» (ср. зн. $10,5 \pm 1,9$) и «планирование решения проблемы» (ср. зн. $10,4 \pm 1,2$). Следовательно, в сложной жизненной ситуации они стараются негативные переживания рассматривать в позитивном ключе, воспринимать трудности как стимул для саморазвития, при этом их умозаключения базируются на философских воззрениях относительно возникновения проблем в человеческой жизни. Важно сказать, что большинство пациентов данного возраста с помощью высокого контроля и самообладания сдерживают негативные переживания, всячески стараются беспристрастно анализировать ситуацию с целью выявления возможных способов решения трудностей, выработки стратегий и плана действий с опорой на имеющиеся ресурсы и опыт.

Пациенты с хронической почечной недостаточностью в возрасте 36–55 лет и 56–65 лет в стрессовых ситуациях используют такие способы совладающего поведения как «самоконтроль», «поиск социальной поддержки» и «планирование решения проблемы». Испытуемые данной возрастной группы всячески стараются сохранить контроль над собой и своими эмоциями в стрессовых ситуациях. Для них важна поддержка не только со стороны близких людей, но также со стороны медицинского персонала и пациентов с таким же диагнозом. Испытуемые совладают со стрессом путем анализа проблемы и нахождения стратегий для ее разрешения.

Отметим, что у пациентов в возрасте 66–80 лет диагностируются наиболее высокие показатели по такому способу преодоления трудных жизненных ситуациях, как «самоконтроль» (ср. зн. $13,5 \pm 3,2$), в отличие от испытуемых других возрастов. Данная группа пациентов стремится к постоянному контролю собственных проявлений в стрессовых ситуациях, подавляют эмоциональных переживаний и паники. Помимо этого, пациенты стараются анализировать возникающие трудности с разных точек зрения, предполагать возможный исход ситуации и планировать свою жизнь наперед. Испытуемые в возрасте 66–80 лет стараются во всем замечать положительные моменты, переоценивать сложные ситуации и позитивно мыслить, что помогает справиться им с жизненными трудностями.

Акцентируем внимание на том, что показатели по указанным преобладающим типам копинг-механизмов для всех групп пациентов с хронической почечной недостаточностью находятся на среднем уровне выраженности (напряженности) копинга. Данный факт свидетельствует о том, что адаптационные возможности пациентов находятся в пограничной зоне. Кроме как у респондентов в возрасте от 70 до 80 лет показатель копинга «самоконтроль» находится на высоком уровне напряженности, что говорит о выраженной дезадаптации пациентов.

Выявлены достоверные различия в группах больных по такому способу преодоления жизненных трудностей как поиск поддержки из вне ($N = 82$, при $p \geq 0,05$). Определены различия по такому способу реагирования в стрессовых ситуациях как избегания событий между пациентами 25–35 лет и испытуемыми 70–80 лет ($U = 192$, при $p \geq 0,01$).

С целью выявления взаимосвязи между типами установок к лечению, выраженностью тревоги и депрессии и характерными способами совладания со стрессами у разновозрастных пациентов с хронической почечной недостаточностью использовали статистический критерий корреляции χ^2 -Пирсона. На рисунке 1 представлена корреляционная плеяда когнитивно-эмоциональных и поведенческих особенностей пациентов с хронической почечной недостаточностью в возрасте 25–35 лет.

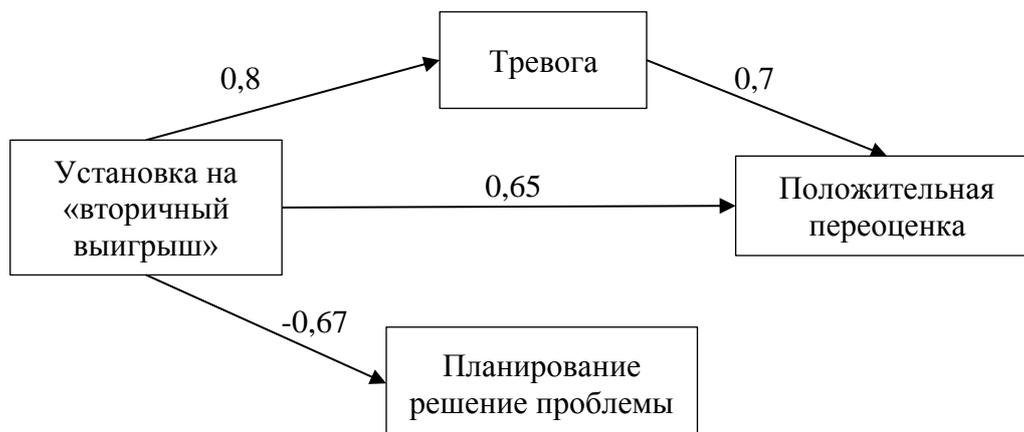


Рисунок 1. Корреляционная плеяда в выборке пациентов 25–35 лет (составлено авторами)

Согласно данным, представленным на рис. 1, у пациентов с хронической почечной недостаточностью в возрасте 25–35 лет на фоне восприятия болезни как вторичной выгоды диагностируются проявления тревоги, в связи с чем преобладающим способом в решении стрессовой ситуации является нахождение позитивных моментов, однако затруднён анализ и планирование разрешения трудностей.

На рисунке 2 представлена корреляционная взаимосвязь между установками на лечение, эмоциональными проявлениями и способами совладания с трудными ситуациями в группе испытуемых с хронической почечной недостаточностью в возрасте 36–55 лет.

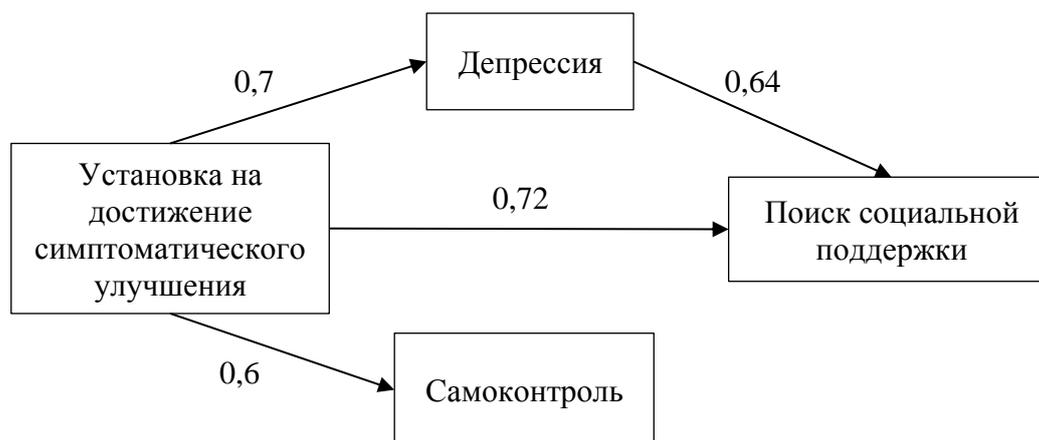


Рисунок 2. Корреляционная плеяда в выборке пациентов 36–55 лет (составлено авторами)

На фоне установки на достижение улучшения в самочувствии диагностируются депрессивные проявления, что обуславливает в стрессовой ситуации пациентов 36–55 лет, находящихся на гемодиализе, искать социальную поддержку у окружающих и стараться контролировать свои эмоциональные проявления.

На рисунке 3 представлена корреляционная связь между доминирующей установкой на лечение, эмоциональными проявлениями и характерными копинг-стратегиями у пациентов с хронической почечной недостаточностью в возрасте 56–65 лет.

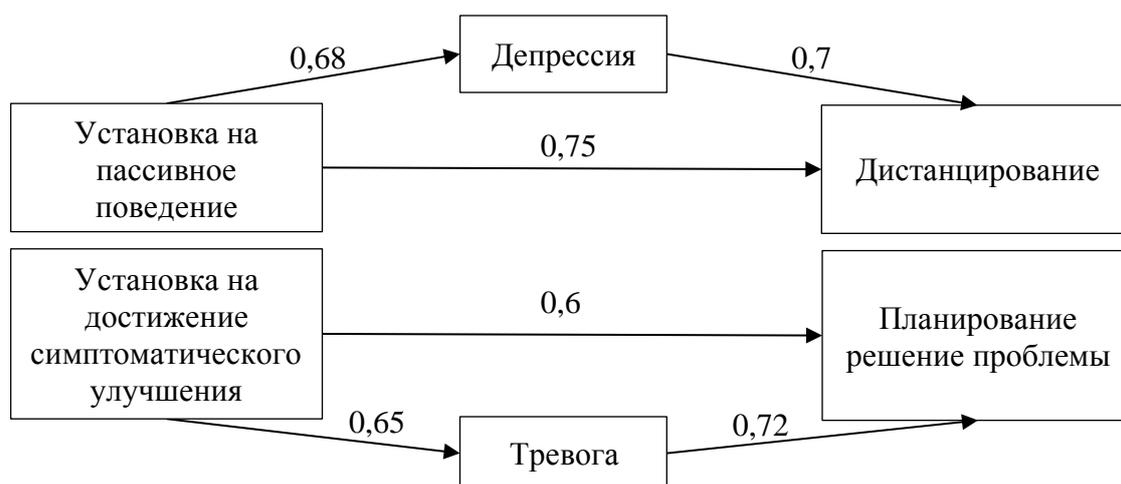


Рисунок 3. Корреляционная плеяда в группе пациентов 56–65 лет (составлено авторами)

Отметим, что у пациентов в возрасте 56–65 лет, находящихся на гемодиализе, на фоне доминирующей установки на пассивное поведение в процессе лечения проявляется депрессивная симптоматика, что обуславливает отдаление испытуемых от окружающих, уход в собственные мысли и чувства, отстраненность от возникающих проблем. В случае преобладания установки на достижение улучшения в самочувствии у пациентов данной возрастной группы возникают тревожные проявления, что способствует анализу проблемы и поиска способов решения.

Рассмотрим корреляционные связи между изучаемыми параметрами у пациентов с хронической почечной недостаточностью в возрасте 66–80 лет (рис. 4).

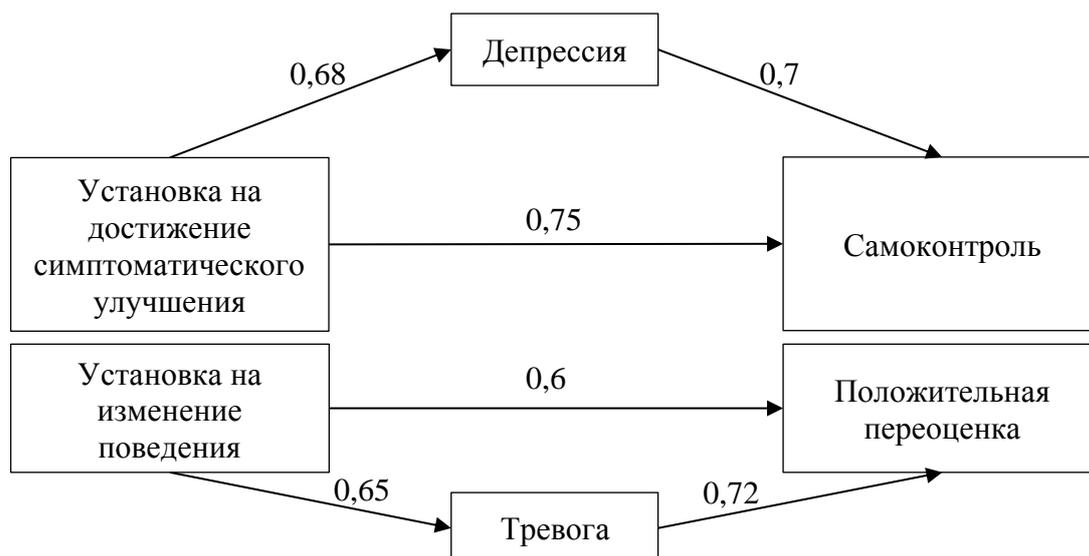


Рисунок 4. Корреляционные связи в группе пациентов 66–80 лет (составлено авторами)

Согласно рисунку 4 у пациентов в возрасте 56–65 лет, находящихся на гемодиализе, с преобладающей установкой на достижения улучшение самочувствия диагностируется депрессивная симптоматика, в связи с чем способом совладания с эмоциональным напряжением выступает контроль эмоциональных проявлений. Лица, у которых доминирует установка на изменения поведения, диагностируются проявления тревоги, что обуславливает выбор такой стратегии поведения как положительная переоценка.

Обсуждение результатов исследования

Изучение системы отношений «личность-болезнь» и «болезнь-личность» способствует пониманию того, как болезнь отображается в сознании пациента, каким образом отношение к болезни и лечению усугубляет или улучшает самочувствие больного. Очевидным является факт влияния заболевания, в особенности хронического, на личность больного на всех уровнях его функционирования: ценностно-мотивационном, когнитивном, эмоциональном, поведенческом и индивидуально-типологическом. Е.В. Елфимова и М.А. Елфимов считают, что болезнь воздействует на психические процессы и состояния преморбидной личности, что обуславливает ее поведение [10]. На фоне чего в сознании личности формируется такое психологическое новообразование, как субъективное восприятие болезни.

Для всех возрастных групп пациентов с хронической почечной недостаточностью характерно преобладание установки в лечении на пассивное поведение и получение вторичной выгоды. В свою очередь больные в возрасте 66–80 лет выделяют установку на достижение симптоматического улучшения, как один из факторов процесса лечения и реабилитации заболевания, что способствует их улучшению состояния здоровья. Анализ степени выраженности эмоциональных состояний тревоги и депрессии у пациентов с хронической почечной недостаточностью позволил выявить, что у пациентов 56–65 лет и 66–80 лет проявляются субклинически выраженная тревога и депрессия, что свидетельствует о наличии психоэмоционального напряжения. У испытуемых младше 56 лет показатели тревоги и депрессии в границах нормы. Наиболее низкие показатели у лиц в возрасте 25–35 лет. Характерные способы преодоления трудных жизненных ситуаций, такие как тяжелое соматическое заболевание, для каждого возраста имеются как общие схожести, так и различия. Во всех группах пациентов диализного центра отмечается планирование выхода из сложившейся ситуации наряду с высоким уровнем самоконтроля. Положительная переоценка свойственна как самой молодой группе больных, так и наиболее возрастной. Поиск социальной поддержки среди ближайшего окружения выступает преобладающим способом снижения тревожных и депрессивных проявлений для пациентов 36–55 лет.

Выводы

Проведенное эмпирическое исследование, направленное на выявление особенностей субъективного восприятия болезни у пациентов с хронической почечной недостаточностью разного возраста, дало возможность рассмотреть проблему отношения к болезни и лечению с позиции когнитивно-эмоциональных и поведенческих особенностей пациентов, находящихся на гемодиализе, а также расширить и углубить имеющиеся в современном научном знании представления об отношении личности к болезни и структуре данного феномена в соматической клинике больного.

Полученные результаты исследования могут быть использованы в практической деятельности психолога соматической клиники – консультации, психопросвещение и психотерапия как пациентов, так и родственников. Также полученные в ходе эмпирического исследования данные являются важной информацией для лечащего врача и медицинского персонала, так как установки больного на лечение, его эмоциональное состояние и преобладающие копинг-стратегии могут оказывать влияние на течение и динамику заболевания и лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пузиков В.Г. Психологические установки на болезнь с позиций транзактного анализа // Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход. Материалы VIII Всероссийской конференции с международным участием. 22–23 ноября 2018 г. / Под ред. Ткаченко П.В. – Текстовое (сингольное) электронное издание (2,9 Мб). – Курск: КГМУ, 2018. С. 309–316.
2. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни. М.: Медицина, 1977. 277 с.
3. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. СПб., 1960. 426 с.
4. Бахтояров С.Е., Латцердс Н.В. Внутренняя картина болезни в терапевтической практике // Медицина: вызовы сегодняшнего дня: материалы Междунар. науч. конф. Челябинск: Два комсомольца, 2012. С. 1–3.
5. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Издательство Московского университета, 1986. 396 с.
6. Курганова Ю.Е., Зинченко М.Н. Внутренняя картина болезни детей с нефрологическими заболеваниями и хронической почечной недостаточностью // Психологическая наука и образование. 2012. Том. 17, № 5. С. 19–28.
7. Иевлев Е.Н., Казакова И.А. Комплексный анализ качества жизни у больных, находящихся на программном диализе в Удмуртской Республике // Нефрология. 2015. №4. С. 65–72.
8. Намавир М.В., Перфильева А.А. Отношение к гемодиализу у больных с терминальной стадией хронической болезни почек // Нефрология. 2013. №5. С. 94–103.
9. Кистаубаев М.У., Душпанова А.Т., Романова Ж.В., Кожекенова Ж.А., Нурбакыт А.Н. Качество жизни и реабилитация диализных больных. Вестник Казахского медицинского университета. 2018. №3. С. 54–59.
10. Елфимова Е.В. Внутренняя картина болезни у больных сахарным диабетом // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2004. №3. С. 49–52.

Kolchik Elena Yur'evna

Crimean engineering and pedagogical university by Fevzi Yakubova, Simferopol, Russia
E-mail: egyptshore@yandex.ru

Ushakova Vladislava Romanovna

Crimean engineering and pedagogical university by Fevzi Yakubova, Simferopol, Russia
E-mail: Vladislava.psychologist@gmail.com

Features of personality's attitude to disease with chronic renal failure

Abstract. The article is devoted to the study of the attitude towards the disease as a structural component of the internal picture of the disease. The authors analyzed the main approaches to understanding the internal picture of the disease of domestic and foreign researchers, as well as certain structural components of the attitude to the disease. Specific features of chronic renal insufficiency as a syndrome of impairment of all kidney functions leading to disorder of all types of metabolism are considered. The main difficulties in the acceptance of the disease and in adaptation to the treatment of chronic renal failure by means of program hemodialysis are identified. An empirical study has been carried out to identify the characteristics of the attitude towards disease in persons with chronic renal failure. The study involved 80 patients with terminal stage chronic renal failure undergoing hemodialysis, including male 40 and 40 females between the ages of 25 and 80 (average age of patients $53,9 \pm 1,2$). The sample of subjects was divided into 4 groups depending on the age of the patients. The study revealed predominant types of treatment settings and possible treatment-related expectations in patients on hemodialysis. Differences in the level of anxiety and depression in patients from different age categories have been revealed: patients aged 56–80 have been diagnosed with signs of subclinical depression. Leading strategies of management behavior in patients with chronic renal failure from different age categories have been identified. Relationships have been identified between the types of treatment settings, the expression of anxiety and depression and the characteristic ways to cope with stress in different-age patients with chronic renal failure.

Keywords: internal picture of the disease; attitude to the disease; chronic renal failure; controlling behavior; anxiety; depression; treatment settings