

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ НОЗОГЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

К.С. Обухова^{1,2}

¹ Уральский федеральный университет им. первого Президента России Б.Н. Ельцина, г. Екатеринбург, Россия

² Свердловская областная клиническая психиатрическая больница, г. Екатеринбург, Россия

Изучены нозогенные реакции у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП), обследованных как на ранних стадиях болезни, так и при постановке в лист ожидания (ЛО) для проведения операции аллотрансплантации почки. Целью исследования являлось обоснование роли психологических факторов в формировании нозогений у страдающих ХБП пациентов. Описаны результаты исследования внутренней картины болезни и нозогенных проявлений у 36 пациентов двух экспериментальных групп. Результаты исследования обосновывают вывод о том, что формирование нозогений у пациентов с ХБП осложняется негативной динамикой интрацептивных ощущений, нарастанием депрессии, искажением восприятия болезни с преобладанием преградного личностного смысла.

Ключевые слова: нозогении, хроническая болезнь почек, внутренняя картина болезни, личностный смысл болезни.

Хроническая болезнь почек во всем мире является одной из значимых медицинских и социально-экономических проблем. По разным данным, распространённость данного заболевания составляет от 5 до 16 % в общей популяции населения. С каждым годом увеличивается число зарегистрированных пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности. Как следствие, растет число пациентов, нуждающихся в различных вариантах заместительной почечной терапии (гемодиализ и аллотрансплантация почки). В силу своей распространенности и прогрессивности течения ХБП приводит к инвалидизации населения в работоспособном возрасте, а также к росту числа летальных исходов.

В настоящее время имеется недостаточно данных о психологических особенностях больных на начальных этапах болезни почек. В связи с этим актуальной проблемой является комплексная, в том числе психологическая реабилитация пациентов с ХБП, необходимость которой очевидна как на ранних этапах болезни (прежде всего – с целью замедления прогрессирования заболевания), так и на терминальной стадии (для формирования адекватного восприятия болезни, адаптации к жизни в новых условиях и лечению).

Любое хроническое соматическое заболе-

вание, особенно – с тяжелым течением, изменяет всю социальную ситуацию развития человека и уровень его психического потенциала, ограничивает круг его контактов с людьми. Заболевание меняет перспективу жизни в целом, поскольку любое развитие подразумевает перспективу движения вперед. В силу вышеизложенного и ХБП является трудной жизненной ситуацией для человека, нарушающей привычный уклад его жизни. На ранних стадиях заболевания он вынужден проходить регулярные обследования и госпитализации, которые существенно отражаются на его профессиональной деятельности и на отношениях с близкими. Вынесение диагноза такого специфического заболевания накладывает ряд ограничений, вследствие чего пациент должен изменить целиком образ жизни и пересмотреть отношение к себе и к собственному здоровью. С прогрессированием болезни до терминальной почечной недостаточности образ жизни меняется еще более существенно, поскольку жизнь пациента в прямом смысле «зависит» от диализного аппарата.

Патогенное влияние ХБП на психику может носить как соматогенную природу связанную с уремическим интоксикационным воздействием на головной мозг, так и может являться психогенной реакцией личности на

заболевание и его последствия (в последнем случае речь идет о так называемой нозогении). В системе классификаций психических нарушений нозогении выделяются в отдельную группу, и считается, что основу таких реакций составляют психопатологические проявления, возникающие вследствие осознания пациентом исходящей от заболевания угрозы для своего существования. (Смулевич, 1992; Смулевич, 2001; Ромасенко, 2016). С целью обозначения психологических феноменов уровня нозогений в отечественной науке применяются термины «внутренняя картина болезни» (ВКБ), «личностный смысл болезни» и др. (Николаева, 1987; Дробижев, 2000; Тхостов, 2002). Каждое соматическое заболевание у пациента содержит в себе психологический отклик в виде индивидуального видения своего недуга, особенностей его собственного отношения к самому факту наличия заболевания (Малкина-Пых, 2010), а также коморбидных психических расстройств, среди которых на первом месте находится депрессия (Chilcot, 2014).

В связи с этим была определена **цель исследования:** определение психологических факторов формирования нозогений у пациентов с хронической болезнью почек и обоснование их роли при разработке мишеней психокоррекционной и психотерапевтической работы с этой категорией пациентов.

Выборка исследования. В исследовании приняли участие 36 пациентов нефрологического отделения Свердловской областной клинической больницы № 1 (СОКБ № 1), в том числе 18 пациентов с диагнозом «Хроническая болезнь почек 5-й стадии» (11 мужчин и 7 женщин) и находящиеся в листе ожидания на аллотрансплантацию почки – АТП, (далее – группа 1); и 18 пациентов (10 мужчин и 8 женщин) с диагнозом «Хроническая болезнь почек 1–3 стадии», (далее – группа 2). Возраст пациентов составлял на момент исследования от 24 до 65 лет (в среднем $46,63 \pm 12,17$ лет).

Методы и методики исследования

Для решения задач исследования выбрано специализированное клиничко-психологическое интервью в качестве метода исследования и ряд тестовых и экспериментально-психологических методик, в том числе: симптомагический опросник SCL-90; шкала депрессии А. Бека; опросник «Стратегии совладающего поведения» Р. Лазаруса (в адаптации Л.И. Вассермана); ме-

тодика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн (с использованием дополнительной шкалы); проективная методика «Рисунок человека» (в модификации, в которой пациентам предлагалось нарисовать два рисунка – «Я в болезни» и «Я после болезни»).

Результаты исследования

По материалам клиничко-психологической беседы с пациентами на ранних стадиях ХБП установлено, что в большинстве случаев заболевание у них обнаруживалось случайно, причем достаточно часто – уже с клинической картиной 3-й стадии заболевания. Пациенты не отмечали наличия каких-либо симптомов, не прислушивались к телесным проявлениям болезни, и, как следствие, не обращались своевременно за медицинской помощью и лечением. Мотив сохранения здоровья у таких пациентов является ситуационным, поскольку актуализируется лишь в периоды ухудшения здоровья. Эмоциональный уровень в этот период характеризуется напряженным ожиданием окончания стационарного лечения. Иногда отмечаются депрессивные реакции, вызванные снижением профессионального статуса и работоспособности вследствие заболевания, что сопровождается ощущением своей ненужности. При этом пациенты размышляют о причинах появления у них этого заболевания, но большинство из них не может назвать свой диагноз и особенности заболевания (суждения типа «у меня что-то с почками»). Они не считают себя больными, отрицают заболевание вследствие не представленных в сознании болезненных ощущений. Болезнь воспринимается пациентом скорее, как ограничение возможности профессиональной деятельности, чем нечто приносящее соматические страдания. При выписке только небольшое число пациентов принимает к руководству рекомендации по дальнейшему лечению и образу жизни.

Пациенты, находящиеся в ЛО, как правило, не считают себя больными, они думают, что единственная их трудность – это привязанность к больнице и отделению диализа, а также что после операции будут свободны от больниц и врачей. В сравнении с пациентами на начальных стадиях ХБП, у пациентов группы № 1 тема «профессиональной деятельности» не вызывает эмоционального отклика. Они отмечают только жалобы на общую слабость, утомляемость и неопределенные неприятные ощущения без точной их ло-

Краткие сообщения

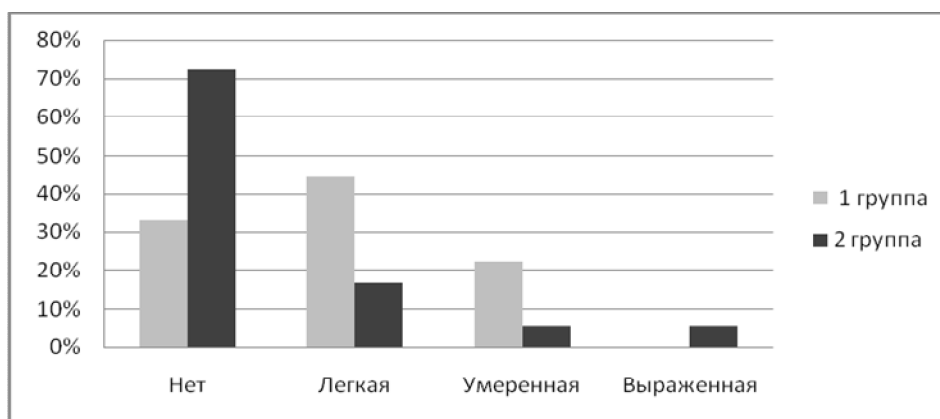
кализации. Тесное общение с другими пациентами влияет на отношение к заболеванию, к операции по пересадке почки, на эмоциональное состояние в целом. Например, пациент, получивший информацию о возможном отторжении почки или других послеоперационных осложнениях, понимает, что операция не всегда спасает жизнь, а может даже ухудшить его состояние. Также могут формироваться и нереалистичные ожидания (вплоть до состояния эйфории от АТП), вызванные представлениями о том, что после операции АТП их жизнь кардинально изменится, появится полная свобода и здоровье. Гемодиализ становится привычным образом жизни, от которого пациенту бессознательно сложно отказаться. Поэтому отмечают случаи, когда появление донорского органа не побуждает пациента по каким-то причинам приехать в стационарное отделение. Такие пациенты скорее «идут по течению», они отрицают не факт заболевания, а возможность летального исхода именно для себя, надеясь на чудо или судьбу. Установлено, что преградный личностный смысл болезни в большей степени проявляется у пациентов, находящихся в ЛО. Болезнь приносит страдания, препятствует самореализации, сужает свободу выбора. Планы, сложившиеся до болезни, и ожидания на жизнь у пациентов не соответствуют реальности, часто будущее представляется неопределенным, не зависящим от пациента, появляется тревога.

При сравнении результатов обследования пациентов двух групп по опроснику SCL-90 были обнаружены достоверные различия по шкальным показателям «межличностная сензитивность» и «враждебность». У пациентов, находящихся в ЛО, присутствует выраженная тенденция к межличностной

сензитивности ($U = 89$, при $p < 0,05$), которая может проявляться в ощущения непонимания и недружелюбия со стороны окружающих, отсутствия сочувствия с их стороны, неуверенности в себе, склонности к продолжительному переживанию. Пациенты отмечают негативный фон ожидания относительно межличностных отношений, отмечают свою эстетическую неполноценность, связанную с фистулами на видимых местах, присутствует осознание того, что «Я не такой, как они, здоровые». У таких пациентов также отмечается существенное повышение по показателю «враждебность» ($U = 74,5$, при $p < 0,01$), который включает в себя мысли, чувства или действия, являющиеся проявлениями агрессии, наличие ряда негативных качеств личности (негодование, раздражительность, чувство разочарования и др.). Такие данные могут объясняться как проявлениями раздражительности на фоне астении вследствие влияния уремии на психику, так и как собственно эмоциональная реакция на факт осознания заболевания, его тяжести и хронизации, вынужденную смену привычного образа жизни.

Результаты распределения выборки пациентов 1 и 2-й групп по уровню выраженности депрессии, выявляемой с помощью шкалы Бека, представлены на рисунке.

Установлено, что у большинства пациентов на ранних стадиях ХБП (72,2 % численности группы) проявления депрессии отсутствуют. Учитывая, что у этих пациентов, как правило, есть постоянное место работы, а длительность заболевания свыше 10 лет, тем не менее, не приводит к каким-либо трудностям в профессиональной сфере, что дает возможность проходить длительное лечение в стационаре без



Распределение выборки пациентов 1 и 2-й групп по уровню выраженности депрессии

риска потерять работу и постоянный доход. В целом такие пациенты более информированы о своем заболевании, о методах лечения, и отсутствие депрессивной симптоматики объясняется наличием успешной адаптации к новой ситуации. Представляется вполне объяснимым и выявление выраженной депрессии у пациента с длительностью заболевания до 1 года, поскольку ХБП у него была обнаружена сразу на 3-й стадии, что говорит о несформированном адекватном способе адаптации.

У пациентов 1-й группы преобладает легкая (у 44,4 % численности выборки) и умеренная (22,2 %) депрессия, которая проявляется в сниженном настроении, раздражительности, отсутствии интереса к происходящему, с эпизодическим появлением суицидальных мыслей, желаний бросить лечение, мыслей об отказе от операции из-за отчаяния. У каждого третьего пациента этой группы симптомы депрессии отсутствуют, что может быть связано с наличием у них сохранного профессионального статуса и других (помимо заболевания) целей и интересов, мысли о которых отвлекают.

При сравнении результатов обследования пациентов двух групп с помощью методики «Стратегии совладающего поведения» были обнаружены достоверные различия по предпочитаемым копинг-стратегиям: «Конфронтация», «Самоконтроль», «Планирование решения проблемы». Пациентам, находящимся в ЛО, свойственно предпочитать стратегию «Конфронтация» ($U = 82,5$, при $p = 0,01$), которая характеризуется попытками разрешения трудностей за счет не целенаправленного поведения, совершения конкретных действий, направленных либо на изменение ситуации, либо на отреагирование отрицательных эмоций. Наблюдаются импульсивность в поведении, враждебность, трудности планирования действий, прогнозирования их результата. Копинг-действия становятся преимущественно результатом разрядки эмоционального напряжения. Проявления враждебности, импульсивности и раздражительности, как говорилось выше, могут быть как проявлениями влияния уремии на психику, либо как реакция на факт тяжелого неизлечимого заболевания, вынужденную смену образа жизни, постоянное беспокойство по поводу жизни, отчаяние и безысходность. Вероятно, что эта стратегия чаще будет встречаться у пациентов на начальных этапах гемодиализа и постановки в

лист ожидания. В отличие от этого, у пациентов на начальных стадиях ХБП преобладают копинг-стратегии «Самоконтроль» ($U = 77$, при $p = 0,01$) и «Планирование решения проблемы» ($U = 87,5$, при $p = 0,02$). Таким образом, для этих пациентов характерно преодоление отрицательных переживаний через подавление и сдерживание эмоций, преуменьшение их влияния на восприятие самой ситуации, а также преодоление трудностей за счет целенаправленного анализа ситуации, планирования собственного поведения с учетом объективных условий и жизненного опыта. Отрицательной стороной этих двух копингов является чрезмерная рациональность, недостаточная эмоциональность и интуитивность, что в итоге приводит к неправильному объяснению симптомов заболевания и откладыванию обращения за медицинской помощью. Другим негативным фактором является подавление негативных эмоций в сочетании с различными трудностями их выражения, что приводит к игнорированию симптомов заболевания. Тем самым симптоматика утяжеляется, возникают частые рецидивы.

Определяемая по методике Дембо–Рубинштейна самооценка у большинства находящихся на листе ожидания АТП пациентов неустойчивая или даже с явно выраженной неустойчивостью. Неблагополучие в сфере здоровья компенсируется повышением самооценки в сфере счастья, с парциальным снижением критичности, что можно рассматривать как попытку «спрятать» отрицательные переживания от самого себя. У пациентов с общей завышенной самооценкой наблюдается отрицание проблем со здоровьем, искажение самого понятия здоровья, что позволяет им «уходить» от реальности. Дополнительную шкалу, отражающую наиболее значимые сферы и качества, пациенты называли «благополучие», «семья», «деньги».

У большинства пациентов с ХБП на ранних стадиях самооценка устойчива и завышена, что отражает их неумение правильно оценивать результаты своей деятельности и опираться на собственный опыт. Дополнительную шкалу пациенты чаще всего называли «работа» и «семья». При этом по дополнительной шкале «работа» имеется значительное снижение значений самооценки (в сравнении с общей самооценкой). Вероятно, такой выбор связан с наличием наиболее актуальных проблем, связанных с болезнью, профессионального функцио-

нирования, с которыми сталкиваются пациенты на ранних стадиях ХБП.

Особенно показательными являются различия между результатами, полученными по методике «Рисунок человека». При интерпретации результатов для большинства пациентов обеих групп характерно наличие признаков общего истощения, как физического, так и эмоционального. Слабый нажим, маленький размер фигуры с ее размещением на краю листа свидетельствуют об астеническом состоянии пациентов, о тревоге, депрессивности и подавленности. У пациентов с терминальной стадией заболевания преобладают рисунки с изображением только головы, с пропусками частей тела, что объясняется их болезненным восприятием тела, приносящего страдание. Рисунки «Я в болезни» и «Я после болезни» качественно не отличаются, вероятно, вследствие того, что пациенты осознают неизлечимость своего заболевания, не возлагают надежд на лечение, либо нынешнее состояние считается для них «обычным», болезнь и лечение становятся новым, но уже привычным укладом жизни. При объяснении рисунков пациенты озвучивали, что не считают себя больными, но старались как-то изобразить себя в настоящем состоянии. Некоторые пациенты на ранних стадиях ХБП также отметили, что не считают себя больными, поскольку у них отсутствуют выраженные болезненные ощущения.

Заключение

Интрацептивные ощущения у пациентов с начальными стадиями ХБП преимущественно не сформированы, в то время как у пациентов с пятой стадией заболевания, ожидающих операцию аллотрансплантации почки, они объективизированы данными лабораторных исследований и оценками врачей. Эмоциональный статус у пациентов на ранних стадиях заболевания представлен депрессивными реакциями, связанными не с фактом заболевания, а с нахождением в стационаре и с напряженным и тревожным ожиданием окончания госпитализации. У ожидающих пересадки пациентов наряду с депрессией, апатией отмечается раздражительность и враждебность. Отношение к операции по трансплантации почки определяет эмоциональное состояние пациента. Глубокая депрессия может привести к отказу от лечения, что равноценно отказу от жизни, и к возможному отторжению трансплантата после операции. При исследо-

вании когнитивного фактора формирования нозогений выявляется нарушение восприятия хронической болезни. Пациенты с ранними стадиями заболевания не считают себя больными, отрицают заболевание (вследствие не представленных в сознании болезненных ощущений), поэтому не склонны соблюдать рекомендации врачей, не заботятся о своем здоровье, что приводит к прогрессированию заболевания. Болезнь воспринимается скорее, как ограничение профессиональной и бытовой деятельности, чем то, что приносит соматические страдания. У ожидающих трансплантации почки пациентов когнитивный уровень внутренней картины болезни строится на основе их знаний об особенностях гемодиализа, его осложнений, специфики операции по трансплантации. Больные активно собирают информацию о болезни, узнают об удачных и неудачных трансплантациях, об осложнениях. Все это необходимо пациентам, чтобы хоть как-то прояснить будущее, справиться с тревогой. Такие пациенты отрицают не сам факт заболевания, а возможность летального исхода именно для себя. При исследовании мотивационного фактора выявлено отсутствие направленности на преодоление болезни. У пациентов с терминальной стадией ХБП преобладает негативный личностный смысл, болезнь становится преградой в самореализации, нарушает сложившиеся планы и ожидания на жизнь, уменьшает возможности пациента каким-либо образом повлиять на свое будущее.

Мотивационный компонент ВКБ зависит от ожиданий и отношения пациента к операции, от смыслового наполнения его жизнедеятельности. В том случае, если пациент не видит перспектив в будущем, в позитивном изменении своей жизни, оказываясь «во власти нозогений», то его ожидания от трансплантации также негативны.

Литература

1. Дробижев, М.Ю. Нозогении (психогенные реакции) при соматических заболеваниях: дис. ... д-ра мед. наук / М.Ю. Дробижев. – М., 2000.
2. Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2010.
3. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987.
4. Ромасенко, Л.В. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике: диагностика, терапия / Л.В. Ромасенко. – М.: Умный доктор, 2016.

5. Смуглевич, А.Б. Депрессии в общей медицине / А.Б. Смуглевич. – М.: МИА, 2001.

6. Смуглевич, А.Б. Ипохондрия и соматоформные расстройства / А.Б. Смуглевич, Э.Б. Дубницкая, И.В. Морковкина. – М., 1992.

7. Тхостов, А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. – М.: Смысл, 2002.

8. Chilcot, J. Depression and kidney transplantation / J. Chilcot, B.W. Spencer, H. Maple et al. // *Transplantation*. – 2014. – Vol. 97, № 7. – P. 717–721.

Обухова Ксения Сергеевна, соискатель, Уральский федеральный университет им. первого Президента России Б.Н. Ельцина (Екатеринбург); медицинский психолог, Свердловская областная клиническая психиатрическая больница (Екатеринбург), obukhova.ks@gmail.com

Поступила в редакцию 27 июля 2018 г.

DOI: 10.14529/psy180313

PSYCHOLOGICAL FACTORS OF FORMATION OF NOZOGENY IN PATIENTS WITH THE CHRONIC KIDNEY DISEASE

K.S. Obukhova^{1,2}, obukhova.ks@gmail.com

¹ Ural Federal University named after the first President of Russia B.N. Yeltsin, Ekaterinburg, Russian Federation

² Sverdlovsk Regional Clinical Psychiatric Hospital, Ekaterinburg, Russian Federation

The publication is devoted to a research of an internal picture of disease, nozogeny reactions at patients with chronic kidney disease both at early stages of disease and at statement in the waiting list on renal allotransplantation. The research objective was to prove value of psychological factors in formation of nozogenyat patients with CKD. Authors describe the results of research of an internal picture of a disease and nozogeny at 36 patients presented by two experimental groups. Results of a research allow to assume that formation of nozogenyat patients with chronic kidney disease is complicated by negative dynamics of intrareception, increase of a depression, distortion of perception of a disease and prevalence of negative personal sense of disease.

Keywords: nozogeny, chronic kidney disease, internal picture of a disease, personal sense of disease.

References

1. Drobizhev M.Yu. *Nozogenii (psikhogennnye reaktsii) pri somaticheskikh zabolevaniyakh: dis. ... dokt. med. nauk* [Nozogeny (Psychogenic Reactions) at Somatic Diseases: Author's summary of dissertation for the degree of DSci]. Moscow, 2000.

2. Malkina-Pykh I.G. *Psychosomatica: Spravochnik prakticheskogo psikhologa* [Psychosomatics: Reference book for a Practicing Psychologist]. Moscow, 2010. 992 p.

3. Nikolaeva V.V. *Vliyaniye khronicheskoi bolezni na psikhiku* [Influence of a Chronic Disease on Mentality]. Moscow, MSU Publ., 1987.

4. Romasenko L.V. *Psichosomaticheskie rasstrojstva v obshchej medicinskoj praktike: diagnostika, terapiya* [Psychosomatic Frustration in the General Medical Practice: Diagnostics, Therapy]. Moscow, 2016.

5. Smulevich A.B. *Depressii v obshchej medicine* [Depressions in the General Medicine]. Moscow, 2001.

6. Smulevich A.B. *Somatoformnye rasstrojstva (sovremennyye metodologicheskie podhody k postroeniyu modeli)* [Hypochondriasis and Somatoform Disorders (Modern Methodological Approaches to Creation of Model)]. Moscow, 1992. 92 p.

7. Tkhostov A.Sh. *Psikhologiya telesnosti* [Psychology of Corporality]. Moscow: Smysl, 2002. 287 p.

8. Chilcot J., Spencer B.W., Maple H. et al. Depression and kidney transplantation. *Transplantation*. 2014. Vol. 97, no. 7, pp. 717–721.

Received 27 July 2018

ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Обухова, К.С. Психологические факторы формирования нозогений у пациентов с хронической болезнью почек / К.С. Обухова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2018. – Т. 11, № 3. – С. 110–115. DOI: 10.14529/psy180313

FOR CITATION

Obukhova K.S. Psychological Factors of Formation of Nozogeny in Patients with the Chronic Kidney Disease. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*. 2018, vol. 11, no. 3, pp. 110–115. (in Russ.). DOI: 10.14529/psy180313