

Баранская Л.Т.¹, Емельянова Л.А.², Дроженкова Е.В.³

Предикторы вторичной алекситимии у пациентов, находящихся на гемодиализе

1 - ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1», 2 - ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ России, 3 - ООО «Уральский медицинский центр», Сеть диализных клиник Свердловской области, г. Екатеринбург

Baranskaya L. T., Yemelyanova L. A., Drozhenkova E. V.

Predictors of secondary alexithymia in patients haemodialyzed

Резюме

Вторичная алекситимия у пациентов с хронической почечной недостаточностью, находящихся на заместительной почечной терапии программным гемодиализом рассматривается в связи с риском осложнений и возможностью достижения эффекта от лечения. Проведенное клинико-психологическое исследование 40 пациентов (20 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 28 до 60 лет (средний возраст $40,7 \pm 13$) со сроком лечения гемодиализом от 2-х до 15 лет (средний период $25,6 \pm 18,2$ месяца), показало следующее. Формирование вторичной алекситимии у пациентов с ХПН обусловлено личностно-смысловой дефицитарностью, эмоциональным истощением и депрессивными симптомами. Обозначено направление психологической коррекции и психотерапии.

Ключевые слова: алекситимия, вторичная алекситимия, пациенты с ХПН находящиеся на диализе, предикторы вторичной алекситимии

Summary

Secondary alexithymia in patients with chronic renal failure undergoing renal replacement therapy programme in haemodialysis is discussed because of the risk of complications and the possibility to achieve an effect from treatment. Conducted by clinical-psychological study of 40 patients (20 men and 20 women) aged from 28 to 60 years (mean age $40,7 \pm 13$) with a haemodialysis treatment from 2 to 15 years (the average period of $25,6 \pm 18,2$ months) revealed the following. Formation of secondary alexithymia in patients with CRD is caused by personality-semantic violations, emotional exhaustion and depressive symptoms. Indicated by the direction of the psychological correction and psychotherapy.

Key words: alexithymia, alexithymia, patients with CRD on dialysis are predictors of secondary alexithymia

Введение

Проблема комплексной реабилитации пациентов, имеющих хронические неизлечимые заболевания, является одной из главных в практике отечественного здравоохранения. Многоаспектность данной проблемы определяет ее необычную сложность. Однако ее решение во многом зависит от теоретической разработки ряда вопросов, в том числе, вопросов психосоматики и соматопсихики пациентов. Исследование личностных особенностей хронических больных, занимает приоритетное место в клинической психологии. Достоверно известно, у лиц с тяжелыми неизлечимыми заболеваниями происходит ценностно-смысловая и эмоциональная трансформации личности, прежде всего, за счет изменений условий жизни, а именно – семейного положения, сферы деятельности, интересов, а также профессионального статуса. Одновременно с расстройствами настроения изменяется направленность поведенческой активности и системы жизненных ценностей в целом. Особенно ярко

это наблюдается при заболеваниях, представляющих опасность для жизни человека, к числу которых относят хроническую почечную недостаточность (ХПН). К тому же, достижения современной нефрологии, развитие технического совершенствования гемодиализа (ГД) придают особую актуальность разработке психологии больного, находящегося на лечении гемодиализом.

Выделяют три этапа психологической адаптации пациентов, находящихся на диализе, во временном аспекте: 1) «медового месяца», длящегося первые 1 – 3 недели от начала диализа; 2) «уныния и разочарования», занимающего от 3 до 12 мес.; 3) долговременной адаптации [1]. Каждому этапу соответствует набор психотравмирующих факторов и ответных реакций на них. Начальному этапу сопутствуют различные аффективные реакции на сам факт выявления терминальной стадии заболевания, принятие решения об активных методах терапии, инвалидизацию, хирургические вмешательства, соматические осложнения. Спектр патологического реагирования про-

является широким регистром тревожных и депрессивных симптомов, нередко сопровождающихся суицидальной настроенностью [2, 3, 4, 5, 6, 7].

В современных отечественных и зарубежных клинических исследованиях показано, что на конечной стадии почечного заболевания (уремия) развиваются депрессивные симптомы, влияющие на смертность пациентов (Fabrazo & De Santo, 2006); в систематическом обзоре Murtagh et al (2007), посвященном конечным стадиям почечной недостаточности, среднезвешенная распространенность депрессии оказалась равной 27% (диапазон от 5% до 58%). Также указывается, что некоторые симптомы болезней почек – заторможенность, анорексия, подавленное настроение и др. – напоминают неврастению. По мнению клиницистов [3, 8, 9 и др.] этиология депрессивных и невротических симптомов связана, в первую очередь, с метаболическими нарушениями, «накоплением» метаболических расстройств, а также с электролитными нарушениями, включая нарушения обмена натрия, калия, кальция, хлорида, фосфата и сдвиги кислотно-щелочного состояния (КЩС).

В ракурсах клинической психологии, третьему этапу – долговременной адаптации, нахождение на ГД более 12 месяцев, соответствуют пролонгированные ситуации, оказывающие выраженное истощающее воздействие на психику больных, что является следствием длительного психического напряжения. Реакция на напряжение проявляется широким регистром депрессивных и тревожных симптомов, одним из которых является вторичная алекситимия, которая может маскировать, в том числе, и суицидальную настроенность больных.

В связи с имеющимися в клинической психологии и психологии телесности различными точками зрения на феномен алекситимии, представим теоретическую позицию, развиваемую школой В.В. Николаевой, А.Ш. Тхостова, Г.А. Ариной [10, 11]. Согласно данной концепции явление алекситимии есть результат прижизненного формирования психики в особых, дефицитарных в том или ином отношении условиях. Одним из психологических механизмов алекситимии является недостаточность, несформированность особого функционального органа – деятельности саморегуляции, обеспечивающей активное творческое отношение к собственной жизни. Иными словами, высший, мотивационно-личностный уровень саморегуляции и соответствующий ему рефлексивный план сознания обеспечивает человеку возможность охватить собственную жизнь в широкой временной перспективе, позволяя необходимым образом перестроить свой внутренний мир и не оказаться во власти критической жизненной ситуации, обусловленной тяжелой болезнью или иными, независящими от человека обстоятельствами. При этом, безусловно, в генезе алекситимии участвуют и особенности развития когнитивной сферы, уровень дифференцированности эмоциональной сферы, и другие факторы. В связи с неврологическими, психоневрологическими нарушениями у больных с ХПН, можно говорить о формировании особого когнитивного стиля; доказано, что у пациентов находящихся на диализе суще-

ственно страдает внимание, память, скорость реакции, а также характерна слабость функции символизации и категоризации в мышлении.

Исходя из указанного выше, психологическое основание вторичной алекситимии следует искать в психической декомпенсации личности взрослого человека, возникшей в результате тяжелого соматического заболевания. С одной стороны, вторичная алекситимия сохраняет все существенные характеристики первичной алекситимии. Однако с другой – отличается степенью выраженности и структурой признаков алекситимии. Отсутствие или недостаточная сформированность деятельности саморегуляции, дающая возможность произвольного управления собственной жизнедеятельностью упрочивает негативные эмоции по поводу стойких болезненных соматических изменений в организме и, усиливая их, создает «замкнутый круг болезни». Богатство эмоций, сопровождающих разные стороны жизнедеятельности личности, утрачивается, оказывается суженным, сопровождающим лишь динамику болезни. В тоже время пациенты, обнаруживают неспособность к точному описанию своего эмоционального состояния и его связи с тяжелым неизлечимым заболеванием. Их личностный профиль характеризуется некоторой примитивностью жизненной направленности, инфантильностью и отсутствием перспектив. Все это становится существенным препятствием в психокоррекционной и психотерапевтической работе с такими больными.

Цель статьи состоит в исследовании прогностических параметров (предикторов) вторичной алекситимии у пациентов длительно (более 12 месяцев) находящихся на амбулаторном программном гемодиализе.

Материалы и методы

Базой исследования был ООО «Уральский медицинский центр» в г. Екатеринбург, главный врач Центра диализа – С.В. Захаров.

Участники исследования: 40 пациентов (20 мужчин и 20 женщин), в возрасте от 28 до 60 лет, средний возраст пациентов 40,7±13 лет, длительность ХБП – 15,8±9,8 года, продолжительность терапии перитонеальным диализом 2 до 15 лет – 25,6±18,2 месяца. Отбор пациентов проводился в соответствии с соблюдением принципов медицинской этики и деонтологии, на добровольной основе. Группы пациентов уравнивались по возрасту, уровню образования, социальному статусу.

Для лечения пациентов использовался стандартный режим диализа: 3 раза в неделю по 4 часа на аппаратах Fresenius 4008S. В качестве сосудистого доступа использовалась артериовенозная фистула. Параметры диализной процедуры (объем диализатора, скорость кровотока, объем ультрафильтрации) подбирались индивидуально. При этом параметр Kt/V по мочеvine был не ниже 1,2. Все больные получали медикаментозное лечение (гипотензивные, препараты железа, эритропоэтин и фосфат биндеры).

Достоверность и надёжность полученных данных обеспечивалась методологическим обоснованием иссле-

дования, применением комплекса взаимодополняющих методов и психологических методик, адекватных цели исследования, репрезентативностью выборки, сочетанием количественной оценки и качественного анализа результатов, статистической обработкой результатов при помощи пакета статистических программ «Microsoft Excel». Для решения задач корреляционного анализа использовалась программа статистической обработки SPSS.

Были подобраны следующие методики, для решения задач исследования: наблюдение, клиничко-психологическое интервью, шкала депрессии Бека, Торонтская шкала алекситимии (ТАШ), опросник «ТОБОЛ», разработанный лабораторией медицинской психологии института имени В.М. Бехтерева, версия 2005 г.

Результаты и обсуждение

Наблюдение над пациентами в ходе исследования показывает, что лишь немногие из них способны самостоятельно восстановить утраченные в результате болезни социально значимые и межличностные связи, опираясь на мотивационно-смысловую уровень саморегуляции, что приводит к превращению ими своего здоровья в единственное ценностное образование [11; С.153-154].

В ходе ознакомительной беседы с психологом о целях и задачах исследования, выявилось, что продолжительность экспрессивной речи, без вступления в диалог психолога составляет приблизительно 2-3 минуты. Большинство пациентов (39 человек, 98%) после своего рассказа, ожидали вопросов, не зная о чем еще можно поведать. Пациенты давали короткие четкие ответы на вопросы, без дополнений или уточнений. Лишь один пациент говорил о волнующих его вещах 15 минут без перерыва и без вступления в диалог психолога. Уровень интенсивности речи всех пациентов средний, тон голоса ровный, спокойный, без ярко выраженных окрашенных эмоций. Темп речи медленный. Характер интенсивности речи резко уменьшается у 35 пациентов при беседе об их болезни и личных проблемах. У пятерых пациентов наблюдалось легкое заикание, которого, по их словам, до болезни не было. Трудности общения сопровождалась типичными особенностями невербального поведения алекситимиков. У 38 пациентов мимика лица не динамична, застывшая. В начале беседы у 27 (67,5%) пациентов появлялись слезы: 18 (90,0%) женщин и 7 (35,0%) мужчин. 13 (65,0%) пациентов не понимали причину появления слез, 7 (17,5%) – объяснили это неудовлетворенностью своим физическим состоянием, 7 (35,0%) – утверждали, что такова особенность их глаз, которая появилась после болезни. Улыбка пациентов появлялась лишь при беседе об их семье, но была кратковременной. Смех, включенный в утрированное повествование о своей личности или о своем здоровье, присутствовал почти у половины пациентов (47,5%). Наблюдаемая легкость возникновения кратковременных, но чрезвычайно резко выраженных в поведении аффективных реакций, не всегда соответствующих содержанию, контрастирует с низкой эмоциональной дифференцированностью, и плохо осознается самими пациентами.

Вопросы клиничко-психологического интервью касались общей информированности пациентов о своем заболевании, трудовой и профессиональной деятельности, представлений о процедуре диализа, перспективах и планах на будущее. Посредством интервью была собрана необходимая информация о пациентах и их психологическом состоянии, анамнез их жизни, состояния их здоровья, наличии жалоб. Также, был установлен доверительный контакт с испытуемыми. Подробно выяснялись особенности образа жизни пациентов, их планов на будущее и жизненной перспективы. Попутно обращалось внимание на эмоциональный подтекст информации, те моменты, которые вызвали сильные эмоциональные реакции пациентов, наличие страхов, тревоги, депрессивных тенденций. Была произведена оценка индивидуально-психологических особенностей и психологического состояния пациентов, находящихся на диализе.

Социальные характеристики участников исследования. 24 (60,0%) пациента испытуемых имеют высшее образование; 8 (20,0%) – среднее специальное образование, 8 (20,0%) – неполное среднее образование. Качественный анализ протоколов интервью позволил выявить взаимосвязи между уровнем образования пациентов и их мотивационной направленностью. Так, пациенты с более низким образовательным уровнем, а также занимавшиеся до болезни физическим трудом, ориентируется на сохранение здоровья как высшую ценность, поскольку это позволяет им решать материальные вопросы. Оказалось, что они больше просвещены в вопросах о своем заболевании и особенностях процедуры диализа, а также последствиях невыполнения предписаний и рекомендаций врача. Характерно то, что в период начальной адаптации к процедуре диализа, пациенты с высшим образованием более тяжело переживали из-за своей нетрудоспособности, нежели пациенты без образования. Лишь в дальнейшем, на третьем этапе, возникает потребность к восстановлению качества жизни, которое было до болезни, для того чтобы вернуться в прежнее русло своей жизни, заниматься семьей и профессиональной деятельностью.

Все участники исследования проходили лечение гемодиализом от 2-15 лет. См. рис.1.

В обследуемой группе более чем треть пациентов 15 человек (37,0%) проходит лечение диализом 8±2,5 года. Практически все они строят планы на дальнейшую жизнь, находясь в Листе ожидания (ЛО), исключительно с учетом предстоящей трансплантации почки. Все это позволяет говорить о их инфантильности и чрезмерном прагматизме, а также невозможности целостного представления собственной жизни. Как показано в психологических исследованиях, выполненных на пациентах с трансплантированной почкой, наиболее драматично на мотивационном уровне складывается ситуация у пациентов, ожидающих или получивших донорскую почку. Во многом это определяется тем, что решение о постановке в ЛО пациенты принимают не самостоятельно, а под влиянием лечащего врача или родственников. У пациентов, перегруженных медицинской информацией, уже на дооперационном этапе возникают нереалистичные ожида-

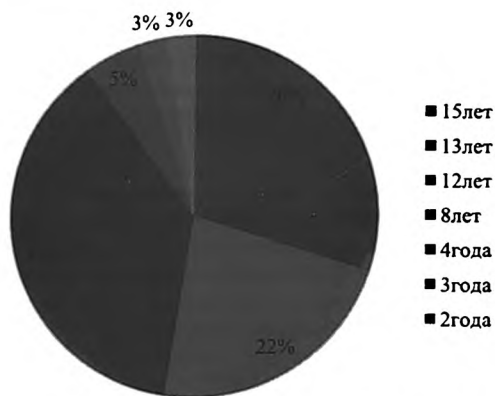


Рис.1 Срок лечения гемодиализом (n=40 чел.)

ния. К тому же психологическое состояние больных, длительно находящихся на диализе, характеризуется тремя основными стрессовыми характеристиками: зависимостью от вынужденных долговременных терапевтических программ; состоянием неопределенности относительно жизненного прогноза; ограничением внешней активности в семейном, профессиональном и общественном плане. Длительная заместительная терапия диализом приводит к тому, что представления пациентов о возможностях активной, независимой от лечения и лекарств жизни после операции оказываются завышенными и нереалистичными. В результате пациенты психологически не готовы к тому, что даже в случае успешно проведенной операции и хорошо подобранного трансплантата работоспособность и качество жизни, свойственные им до болезни, не могут быть восстановлены за короткий промежуток времени, что им потребуются постоянное и длительное медицинское наблюдение [12].

Для пациентов находящихся на диализе менее пяти лет характерно утрированное негативное отношение к различным сторонам дальнейшей деятельности, появляются мысли о бессмысленности существования. Только после пяти лет нахождения на диализе у пациентов наступает относительная адаптация к изменившейся жизненной ситуации, которая, вероятно не всегда успешна с психологической точки зрения. Можно предположить, что эмоциональная напряженность, тревожность, подавленность настроения больных сменяется так называемой «реабилитационной мотивацией», обусловленной недостаточностью функции рефлексии, при которой нивелируется разница между актуальным самоощущением и желательным ощущением себя, к которому человек стремится.

В тоже время, 8 пациентов (20,0%) испытуемых, которые пытаются совместить процедуру диализа с постепенным возвращением к прежнему образу жизни, находятся в мучительном состоянии решения тяжелой задачи, которая кажется им непосильной. В основном это касается пожилых пациентов, находящихся на диализе более 10 лет. У них присутствует смирение с обстоятельствами,

принятие жизни такой, какая есть, однако такие испытуемые наиболее часто являются некомплайентными.

На вопросы об эмоциональном состоянии 36 (90,0%) пациентов отвечают, что их все устраивает, они привыкли. Были получены следующие ответы: «все нормально», «как у меня могут быть дела, при таком состоянии?», «неплохо», «уже привык» и т.д. Четверо (10,0%) обследуемых говорили о своих переживаниях: «все плохо», «я устала», «есть плохие мысли, которые мешают жить», «есть страх за будущее», «все равно недолго осталось», «я уже стар» и т.д.

У всех больных отмечается высокий уровень тревоги, характер которой утяжеляется и приобретает генерализованный характер по мере увеличения времени нахождения на диализе. Пациенты склонны жаловаться на свое физическое состояние, нежели на психологическое, что, по-видимому, следует рассматривать в качестве защитной реакции у пациентов с вторичной алекситимией. У всех пациентов присутствует сожаление о прошлом отношении к своему здоровью – «недогадал», «надо было беречь себя», «все могло быть по другому» и пр. 12 (30,0%) пациентов выражают недоверие к медицинскому персоналу, 8 (20,0%) винят врачей в возникновении своей болезни.

Так, 28 (75,0%) испытуемых предъявляет жалобы на плохой сон, боли в различных частях тела, постоянную субфебрильную температуру, плохое самочувствие после процедуры диализа, онемение в руках и ногах, общую слабость. 6 (15,0 %) испытуемых указали на наличие постоянной тревоги и плохих мыслей, особенно по ночам, обиды на родных.

Пациенты с продолжительностью процедуры диализа более 5 лет, имеют уже сложившийся жизненный стереотип деятельности пациента с хроническим, неизлечимым заболеванием. Для пациентов характерна «однопиковость» мотивационной сферы. Другие мотивационные устремления как бы «подтянуть» к проблемам преодолению болезни с помощью внешних воздействий. Болезнь осознается центром, притягивающим жизненные трудности, которыми заполнены все области жизни пациентов, формируется мнение о жизненных проблемах как неизбежных. Так, 35 (87,5%) пациентов часто говорят о своем состоянии следующее – «ничего уже не поделать», «судьба у меня такая», «это решение Бога», «я буду сильным, так надо» и т.д.

По результатам диагностики уровня депрессии с помощью методики «Шкала депрессии А.Бека» выявлено, что для большинства пациентов 26 (65,0%) человек характерно наличие легкой депрессии, которая проявилась в подавленном настроении испытуемых, раздражительности, сниженной самооценке, отсутствие интереса к окружающим, но при этом способность заниматься привычной деятельностью сохранилась в полном объеме, при игнорировании пациентами своего состояния. Пациенты, находящиеся на гемодиализе менее пяти лет имеют среднюю и умеренную тяжесть депрессии (5 чел, 12,5%). Это позволяет говорить о еще несформированном способе адаптации к своему состоянию. Одна пациентка в

Таблица 1. Исследование депрессии по шкале А. Бека (n=40 чел.)

Мужчины (чел.)		Женщины (чел.)	
Абсолютное число	Проценты (%)	Абсолютное число	Проценты (%)
Отсутствие депрессивных симптомов			
5	12,5	3	7,5
Легкая депрессия (субдепрессия)			
14	35	12	30
Средняя тяжесть депрессии			
1	2,5	2	5
Умеренная депрессия			
0	0	2	5
Тяжелая депрессия			
0	0	1	2,5

Таблица 2. Результаты по ТАШ (n=40чел.)

Наличие алекситимии					
Мужчины (чел)			Женщины (чел)		
Абсолютное число		Проценты (%)	Абсолютное число		Проценты (%)
Наличие алекситимии	Группа риска	Отсутствие алекситимии	Наличие алекситимии	Группа риска	Отсутствие алекситимии
12	30%	2	5%	11	27,5%
6	15%	2	5%	6	15%
		3	7,5%		

возрасте 60 лет, находящаяся на диализе 15 лет имеет тяжелую депрессию, что говорит о возможном присоединении бредовых идей (самоуничтожения, виновности), галлюцинаций, попытках суицида. См. табл. 1.

С целью выявления уровня алекситимии у пациентов в ХПН, находящихся на гемодиализе была проведена методика «Торонтская шкала алекситимии (ТАШ)». Результаты представлены в таблице. См. табл. 2.

Более чем у половины пациентов выявлена алекситимия 23 (57,5%) человека. Еще 12 (30,0%) человек относятся к группе риска. Гендерных различий не установлено. По наличию алекситимии у большинства испытуемых можно говорить о том, что в связи с наличием

психотравмы, такие пациенты отказываются от своей боли и не готовы адекватно принять и пережить травмирующую ситуацию. Однако отказ от негативных эмоций часто ведет к отказу и от возможной радости. Такие люди склонны к появлению депрессии. Наличие алекситимии свидетельствует о том, что испытуемые закрыты для всего нового и центрированы на негативных событиях. Личностные нарушения у пациентов с алекситимией проявляются неспособностью к рефлексии, упрощением жизненной направленности, обеднением взаимосвязей с окружающим миром.

Отсутствие алекситимии у пяти испытуемых (12,5%), свидетельствует о том, что им не свойственно

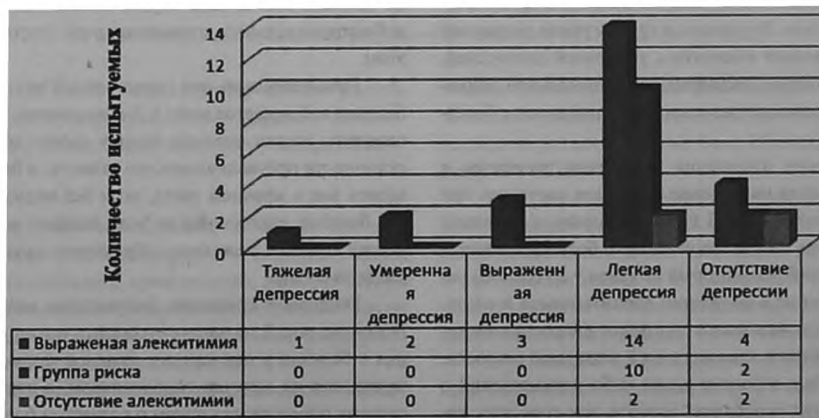


Рис. 2. Соотношение результатов по методикам «Торонтская шкала алекситимии» и «Шкала депрессии Бека» (n=40 чел.)

Таблица 3. Результаты корреляционного анализа между алекситимией и уровнем депрессии (n=40 чел.)

	Отсутствие депрессии	Легкая депрессия	Умеренная депрессия	Тяжелая депрессия
Наличие алекситимии	-0,0516**	0,711**		
Группа риска			0,417**	0,325*
Отсутствие алекситимии	0,561**	-0,328*		

Прим.: ** уровень значимости 0,01; * уровень значимости 0,05

наличие черт алекситимика, однако у двоих из них по результатам «Шкалы депрессии Бека» выявлена легкая депрессия. По-видимому, данные испытуемые используют не типичную защитную реакцию «отрицания», присущую алекситимии, а иную, но также неадаптивную, не позволяющую справиться с негативными переживаниями.

Соотношение результатов по методикам «Торонтская шкала алекситимии» и «Шкала депрессии Бека» для последующего сравнения и анализа изображены на рисунке. См. рис 2.

Для решения задач корреляционного анализа использовалась программа статистической обработки SPSS. Распределение показателей не соответствует нормальному. Для обнаружения взаимосвязи между переменными проведен корреляционный анализ с помощью критерия Спирмена. Выбор обусловлен тем, что этот непараметрический метод используется с целью статистического изучения связи между явлениями. См. табл. 3.

Анализ данных корреляционной матрицы, можно сделать следующие выводы о взаимосвязи между алекситимией и уровнем депрессии. Во-первых, сильная отрицательная связь между отсутствием депрессии и наличием алекситимии подтверждает предположение о том, что степень выраженности и структура признаков вторичной алекситимии существенно отличается от первичной алекситимии при которой отмечается положительная корреляция между депрессией и алекситимией. Во-вторых, положительная связь легкой депрессии (субдепрессии) и алекситимии указывает на динамику роста уровня алекситимии в зависимости от тяжести болезни и срока лечения гемодиализом. В-третьих, в группу риска вторичной алекситимии входят пациенты с умеренной депрессией, которая препятствует поддержанию оптимальной психической активности, направленной на совладание с болезнью.

Особенности отношения к болезни пациентов с ХПН, находящихся на лечении диализом изучались при помощи методики ТОБОЛ (тип отношения к болезни). Преобладающим типом отношения к болезни является анозогнозический тип, который выявлен у 25 (62,5%) пациентов. Будучи не в состоянии оценить смысл и значение болезни, а также сделать прогноз относительно ее динамики и значения в контексте всей жизнедеятельности, пациенты вообще избегают каких-либо размышлений о ней, предпочитая отрицание, которое, как известно, является самым патогномичным механизмом психологической защиты. Наличие анозогнозического типа болезни

свидетельствует о приписывании проявлений болезни случайным обстоятельствам, отказе от соблюдения рекомендаций врача по лечению, желания обойтись «своими средствами», пренебрежению и легкомысленному отношению к болезни и лечению. Наличие данного типа отношения – тревожный признак, поскольку он влияет на ход лечения и может привести к полному отказу от прохождения процедуры диализа, что ведет к летальному исходу. См. табл.4.

Эргопатический тип реагирования на болезнь (7 чел., 17,5%) говорит об уходе от болезни в работу. Для пациентов этой группы характерно одержимое отношение к работе, избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное стремлением сохранить возможность продолжения активной трудовой деятельности. Также, у 2-х пациентов-мужчин наблюдается апатический тип отношения к болезни, что говорит о полном безразличии к своей судьбе и к исходу болезни, к результатам лечения. Для них характерно пассивное подчинение процедуре диализа и лечению при настойчивом побуждении со стороны, утрата интереса к жизни и ко всему, что волновало ранее. Сенситивный тип отношения к болезни выявлен у 2-х пациенток-женщин, что говорит о чрезмерной озабоченности возможностью неблагоприятного впечатления, которое могут произвести на окружающих сведения об их болезни; опасения, что окружающие станут их избегать, считать неполноценными, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать неблагоприятные слухи о причине и природе их болезни; бояться быть обузой близким из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

Примечательно, что гармоничный тип отношения к болезни наблюдается всего у 2-х пациентов-мужчин. Эти пациенты имеют трезвую оценку своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни: стремление во всем активно содействовать успеху лечения, нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

Гендерное сравнение результатов методики «ТОБОЛ» см. рис. 3, позволяет говорить о том, тип отношения к болезни у пациентов с тяжелой формой ХПН, находящихся на лечении гемодиализом, в незначительной степени определяется полом и возрастом больных. Однако в значительной степени обусловлен личностным профилем пациентов этой группы, присущей им вторичной

Таблица 4. Типы отношения к болезни (n=40 чел.)

Тип отношения к болезни	Мужчины		Женщины	
	Абсолютное количество	Проценты (%)	Абсолютное количество	Проценты (%)
Гармоничный	2	5	0	0
Эргопатический	4	10	3	7,5
Анозогнозический	12	30	13	32,5
Апатический	2	5	0	0
Тревожный	0	0	1	2,5
Сенситивный	0	0	2	5
Меланхолический	0	0	0	0
Неврастенический	1	2,5	0	0
Паранойяльный	0	0	0	0
Дисфорический	0	0	0	0
Ипохондрический	0	0	0	0
Эгоцентрический	0	0	0	0

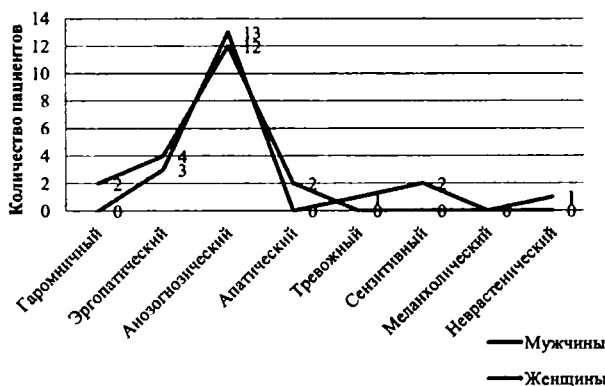


Рис.3. Гендерное сравнение результатов методики «ТОБОЛЬ» (n=40 чел.)

алекситимией, а также совокупностью качеств способствующих чрезмерному прагматизму, дефициту активного отношения к жизни, трудностям коммуницирования.

Выводы

1. Проведенное исследование показало, что предикторами вторичной алекситимии у пациентов, находящихся на гемодиализе, прежде всего, является «однополюсность» мотивационной иерархии (направленность на болезнь) и недостаточность звена ценностного опосредования всех сторон жизнедеятельности.

2. Отрицательные эмоции, обусловленные неизлечимой болезнью и длительностью курсов лечения, стабилизируются, распространяются на все сферы жизни, способствуют развитию депрессивных состояний и ста-

новятся дополнительными источниками стойких соматических изменений в организме. При этом не выявлены гендерные различия в отношении к болезни у мужчин и женщин с ХПН.

3. Ограниченность эмоциональной сферы спектром отрицательных эмоций, в свою очередь, порождает неспособность собственного активного вмешательства в обстоятельства жизни и, в большинстве случаев, не позволяет преодолеть стереотип инвалидизирующего стиля жизни пациентов, находящихся на гемодиализе.

4. В связи с особенностями вторичной алекситимии, закономерно возникает вопрос о возможности психологической коррекции и психотерапии пациентов данной группы. Необходимо разрабатывать принципиально иные подходы, позволяющие преодолеть стереотип по-

давления и соматизации чувств, а также способствующие целостному осмыслению пациентами собственной жизнедеятельности во всем ее многообразии и многомерности. ■

Баранская Л.Т. – доктор психологических наук, медицинский психолог высшей категории ХРП ГБУЗ СО

«СОКБ № 1»; *Емельянова Л.А.* – кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «УГМУ» МЗ России, терапевт высшей категории; *Дрожженкова Е.В.* – выпускница кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «УГМУ» МЗ России, медицинский психолог ООО «Уральский медицинский центр» в г. Екатеринбурге.

Литература:

1. Узлов Н.Д., Бикбулатова Ю.Г. Личностные особенности пациентов, находящихся на лечении методом перманентного гемодиализа в периоде дозрелой адаптации // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* – 2014. – N 4(27) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mpj.ru> (дата обращения: 25.09.2017).
2. Горин А.А. Качество жизни и пограничные психические расстройства у больных на программном гемодиализе: автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2005. – 24 с.
3. Белялов Ф.И. Психические расстройства практике терапевта: монография. / Ф.И. Белялов, Иркутск: РИО ИГИУВа, 2011. – 300с.
4. Farokhi F.A. Patient Opinion Survey to Identify Perceived Barriers to the Introduction of a Screening Program for Depression in a Hemodialysis Population. – Toronto: Masters of Science, 2013 – 153 p.
5. Makara-Studzinska M., Kostak A. Depression symptoms among patients with end stage renal disease and among primary health care patients. // *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. – 2011. – P. 5-10.
6. Patel M.L. Anxiety and Depression. / M.L. Patel [et al.] // *A Suicidal Risk in Patients with Chronic Renal Failure on Maintenance Hemodialysis*. – International Journal of Scientific and Research Publications. – 2012. – Vol. 2, № 3. – P.1-6.
7. Relationship between depression, clinical and biochemical parameters in patients undergoing haemodialysis. / C. Bornivelli, G. Aperits, I. Giannikouris [et al.]. // *J. Renal Care*. – 2012. – Vol. 38. – № 2. – P. 93-99.
8. Васильева И.А. Внутренняя картина болезни и качество жизни больных с терминальной почечной недостаточностью. / И.А. Васильева // *Рос. науч. журн.* – 2009. – № 57. – С. 75-85.
9. Крылова М.И. Качество жизни больных на гемодиализе и перитонеальном диализе: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2011. – 26 с.
10. Психосоматика. Телесность и культура. / Под ред. В.В. Николаевой. – М.: Академический Проект. – 2009. – 320 с.
11. Тхостов А.Ш. Психология телесности. / А.Ш. Тхостов. – М.: Смысл. – 2002. – 287 с.
12. Готье С.В., Климушева Н.Ф. Психологическая адаптация и реабилитация пациентов – реципиентов солидных органов / С.В. Готье, Н.Ф. Климушева. // *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. – 2016. – Т.18 (2). – С. 37-45.