

Внутренняя картина болезни детей с нефрологическими заболеваниями и хронической почечной недостаточностью

Ю.Е. Куртанова*,

кандидат психологических наук, доцент кафедры психологической реабилитации факультета клинической и специальной психологии Московского городского психолого-педагогического университета

М.Н. Зинченко**,

студент факультета клинической и специальной психологии Московского городского психолого-педагогического университета

Представлены результаты исследования специфики внутренней картины болезни детей с разной степенью тяжести нарушений почечного функционирования и проведения сравнительного анализа внутренней картины болезни детей с нефрологическими заболеваниями и хронической почечной недостаточностью. Участвовали 2 группы детей, находящихся на лечении в НИИ Педиатрии и детской хирургии в нефрологическом отделении, и на лечении в отделении трансплантологии Российской детской клинической больницы. В качестве средств исследования использовались регламентированная клиническая беседа и рисуночный метод – модифицированный вариант методики исследования половозрастной идентификации Н.Л. Белопольской, а также методика «Незаконченные предложения» (В.Е. Каган; И.К. Шац) [5]. Выявлена специфика внутренней картины болезни детей с нефрологическими заболеваниями, которая заключается в низком уровне знаний о собственном заболевании, отсутствии болезненных ощущений, в повышенной тревоге и страхах по поводу будущего, при сохранной мотивационной структуре. Установлено, что специфика внутренней картины болезни детей с хронической почечной недостаточностью заключается в более высоком уровне знаний о собственном заболевании, повышенной тревоге; болезненные ощущения связаны в основном с процедурой гемодиализа. Мотивация у детей с ХПН сохранна, но ситуационна. Все их мысли и желания сосредоточены на успешной пересадке как условия нормального существования в будущем.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, концепция заболевания, хроническая почечная недостаточность, нефрологические заболевания.

*ulia.kurtanova@ya.ru

** marizinochka@mail.ru

Как в нашей стране, так и за рубежом рядом авторов подчеркивается необходимость изучения субъективной стороны заболевания [2; 3; 6]. Представители психосоматического направления рассматривают этот вопрос с позиции психоанализа и выдвигают теорию аутопатологии, согласно которой за возникновение болезни несет ответственность сам человек. Болезнь – это реализация в определенных жизненных условиях психического профиля личности, который у каждого человека индивидуален. Еще в 1934 году Р.А. Лурия [7] указывал, что помимо объективных исследований заболевания для постановки диагноза очень важно знание жалоб, переживаний и изменений характера больного. Внутренняя картина болезни – «все то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений... его общее самочувствие, самонаблюдение. Его представления о своей болезни, о ее причинах ... – весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаниях восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [7].

Существуют работы, посвященные именно психологии больного ребенка [4; 5; 9]. Исследования внутренней картины болезни (ВКБ) помогают понять переживания ребенка, оценить психосоматическую ситуацию, в которую он попал. Последняя создается переживаниями страдающего от соматических нарушений больного. Формирование внутренней картины болезни у детей отличается от взрослых тем больше, чем младше ребенок. Она может быть как положительным, так и отрицательным фактором, влияя на проявления и течение заболевания, на отношения в семье, успеваемость, оказываясь причиной душевных конфликтов, иногда приводящих к невротическим наслоениям. Среди основных составляющих ВКБ у детей выделяют:

- объективные проявления болезни;
- особенности эмоционального реагирования личности;
- уровень интеллектуального функционирования;
- личный опыт (общежитийский и перенесенных заболеваний);
- полученная и получаемая информация о здоровье, внутренних органах, о болезни, ее причинах, лечении, смерти;

- отношение родителей и других лиц из окружения ребенка к его заболеванию.

Любому человеку очень сложно приспособиться к новым обстоятельствам своей жизни, связанным с болезнью, но особенно трудно приходится детям. Знания психологии больного, его личностных особенностей повышает эффективность медицинской и психологической помощи.

Целью описываемого здесь исследования является выявление специфики внутренней картины болезни детей при разной степени тяжести нарушений почечного функционирования и проведение сравнительного анализа внутренней картины болезни детей с нефрологическими заболеваниями и хронической почечной недостаточностью.

В результате анализа литературы по изучаемой проблеме была выдвинута следующая **исследовательская гипотеза**: внутренняя картина болезни детей с нефрологическими заболеваниями и хронической почечной недостаточностью имеет различия в содержании отдельных ее уровней.

Задачи исследования:

- выявить особенности внутренней картины болезни детей с нефрологическими заболеваниями и хронической почечной недостаточностью;
- провести сравнительный анализ полученных результатов;
- дать рекомендации по коррекции внутренней картины болезни детей с разной степенью нарушений почечного функционирования.

Организация и материалы исследования

В исследовании участвовали 2 группы детей.

Первая группа – 20 детей (мальчики – 4; девочки – 16) в возрасте от 7 до 14 лет, страдающих различными формами нефрологических заболеваний: хронический пиелонефрит, гломерулонефрит, нефропатия. Все они находились на лечении в НИИ Педиатрии и детской хирургии в нефрологическом отделении (группа детей с НЗ).

Вторая группа – 10 детей (мальчики – 4; девочки – 6) в возрасте от 7 до 14 лет с хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении в отделении трансплантологии в Российской детской клинической больнице (группа детей с ХПН). Все эти заболевания являются нефрологическими, но дети с ХПН находятся в терминальной стадии заболевания, на аппарате искусственной почки, гемодиализе в ожидании пересадки почки. Дети с нефрологическими заболеваниями по медицин-

ским показателям считаются не настолько тяжелой группой больных, они проходят периодическое лечение в больнице и не нуждаются в аппарате искусственной почки.

В качестве методов исследования использовались:

1) **регламентированная клиническая беседа**, которая проводилась с помощью анкеты, направленной на выявление внутренней картины болезни (Ю.Е. Куртанова). С ее помощью исследовались особенности восприятия ребенком сложившейся ситуации и его отношение к ней;

2) **методика «Незаконченные предложения»** (В.Е. Каган; И.К. Шац) [5], направленная на выявление особенностей ВКБ в детском возрасте. Эта вербальная проективная методика широко используется в научной и клинической практике, благодаря своей гибкости в формулировке основ предложений, что позволяет вызывать ответы, относящиеся к исследуемой области личности. Нами использовалась модифицированная методика, предназначенная для изучения представлений о здоровье и болезни, связанных с ними переживаний;

3) **рисуночный метод**. За основу был взят метод исследования половозрастной идентификации Н.Л. Белопольской [1] с изменениями и дополнениями. Ребенку предлагалось нарисовать себя в различных возрастах, а затем обозначить свое заболевание. Эта методика хорошо показывает, как ребенок относится к своему заболеванию, считает ли он возможным свое выздоровление;

4) статистический пакет Statistica 7 и Microsoft Office Excel 2003 использовался для анализа и представления результатов; критерий *U* Манна-Уитни – для проверки значимости межгрупповых различий. А для оценки значимости различий между двумя переменными в номинативных шкалах мы использовали критерий Хи-квадрат.

Результаты по исследованию внутренней картины болезни с помощью клинической беседы

По результатам клинической беседы выяснилось, что 80 % детей с НЗ не знает точного названия своей болезни. Те 20 %, которые озвучили свой диагноз, это дети в воз-

расте от 11 до 13 лет. 60 % детей с ХПН знают название своего диагноза. При статистическом анализе результатов по данной шкале различия между группами оказались значимыми ($p = 0,02$).

На незначительные боли и ухудшение самочувствия жалуются только 40 % детей с НЗ. Остальные 60 % жалоб не предъявляют. Среди детей с ХПН на боль жалуются 20 %. Остальные жалоб не предъявляют. По результатам статистической обработки значимых различий по данной шкале между исследуемыми группами не обнаружено ($p = 0,2$).

33 % детей с НЗ на вопрос, кто такой здоровый человек, отвечают довольно просто: «Здоровый человек – это человек, который не болеет». 80 % детей с ХПН дают такой же ответ (возраст от 7 до 9 лет). Дети же более старшего возраста более подробно описывают здорового человека, они говорят о влиянии здоровья на учебную и физическую деятельность. «Здоровый человек не пропускает уроки и может заниматься спортом».

Только 15 % детей с НЗ считают себя здоровыми людьми. 45 % детей не могут точно ответить на этот вопрос и выбирают среднюю границу между здоровьем и болезнью. («Я не больной человек, но и не здоровый. Среднее что-то»). Оставшиеся 40 % считают себя больными людьми.

Среди детей с ХПН 40 % считают себя здоровыми людьми, 40 % – больными, оставшиеся 20 % затрудняются дать ответ на этот вопрос. («Не знаю, кажется по-разному».) По результатам статистической обработки мы можем говорить о значимых различиях по данной шкале на уровне тенденции ($p = 0,1$).

Все дети без исключения считают, что жизнь больного человека отличается от жизни здорового. Дети в возрасте от 7 до 9 лет главное отличие видят в том, что здоровый человек не лежит в больнице, и у него ничего не болит. Дети старшего возраста основное внимание уделяют тому, что здоровый человек может без ограничений заниматься спортом и посещать без пропусков учебное заведение.

40 % детей с НЗ считают, что их жизнь ничем не отличается от жизни их здоровых одноклассников. 60 % детей видят такие отличия, как ограничения в занятиях спортом и пропуск

занятий, в связи с госпитализациями. Значимых различий по данной шкале между исследуемыми группами не обнаружено ($p = 0,3$).

75 % детей с НЗ считают, что на будущее их болезнь никак не повлияет и в жизни не помешает. 25 % детей отметили, что в целом болезнь не особенно сильно повлияет на их дальнейшую жизнь, но будут незначительные ограничения, например, в занятиях спортом. В основном это дети в возрасте от 10 до 13 лет. 50 % детей с ХПН считают, что болезнь окажет существенное влияние на их будущее. 40 % уверены, что болезнь отрицательно скажется в их будущей жизни. Один мальчик сказал, что болезнь окажет положительное влияние на его будущее. («Я стану умнее, ответственнее»). По данной шкале значимых различий между исследуемыми группами не обнаружено ($p = 0,17$).

10 % детей с НЗ считают себя виновными в возникновении заболевания. Это дети в возрасте 7–8 лет. 85 % детей никого не обвиняют в возникновении своей болезни. И только 5 % детей обвиняют в этом взрослых («Мама сказала, что это бабушка недоглядела за мной в детстве»). 90 % детей с ХПН никого не обвиняют в возникновении заболевания. («Так случается», «Такая судьба»). Одна девочка сказала, что виноваты врачи, которые в раннем детстве не обнаружили заболевание. По данным статистического анализа, значимых различий не обнаружено ($p = 0,3$).

80 % детей с НЗ считают возможным полное излечение от своей болезни. Это дети в возрасте от 7 до 11 лет. Остальные 20 % (дети старше 11 лет, которые лучше знакомы со своей проблемой) не верят в полное выздоровление. В данном случае мы можем говорить о значимых различиях на уровне тенденции ($p = 0,1$).

Почти все дети с НЗ в описаниях способов лечения указывают медикаментозные средства, диету, выполнение рекомендаций родителей и врачей. Дети в возрасте от 7 до 10 лет на первое место ставят советы родителей, а дети более старшего возраста, в первую очередь, указывают рекомендации врачей. Из всех перечисленных методов самым важным в лечении 100% детей считают употребление лекарственных препаратов. 30 %

детей с НЗ упоминают медицинские исследования как один из важных элементов лечения. Все дети с ХПН считают возможным выздоровление, но только после пересадки почки. Все, без исключения, на первое место в способах лечения ставят пересадку почки, затем следует процедура гемодиализа.

Свое эмоциональное состояние с болезнью связывают только 20 % детей с НЗ. 80 % говорят о том, что их настроение не зависит от болезни. 65 % детей отметили свое настроение как веселое, 5 % как грустное. 30 % сказали, что все зависит от ситуации. («Бывает веселое, бывает грустное, смотря что вокруг делается».) 40 % детей с ХПН связывают свое эмоциональное состояние с болезнью. 60 % детей считают, что болезнь не влияет на их эмоциональное состояние. 80 % детей отметили свое настроение как веселое. 20 % детей не смогли определиться с ответом. («Бывает по всякому, не знаю».) В результате статистического анализа по данным шкалам значимых различий не обнаружено.

90 % детей с НЗ говорят о том, что основную информацию о своей болезни получают от родителей. 10 % – помимо родителей называют врачей. Некоторые дети с ХПН говорили, что родители стараются не разговаривать с ними об их заболевании. («Родители скрывают от меня многое, чтобы не расстраивать меня».) Одна девочка тринадцати лет сказала: «Я перечитала всю имеющуюся в библиотеке литературу по своему заболеванию, меня это очень интересует, а родители не знали».

В концепции болезни значимых различий между исследуемыми группами не обнаружено ($p = 0,371$). Не обнаружено значимых различий и по наличию болезненных ощущений ($p = 0,2733$). Уровень значимости по шкале «надежда на выздоровление»: $p = 0,4720$. Это говорит о том, что значимых различий по этой шкале между группами не обнаружено.

Описание результатов по методике «Незаконченные предложения»

По результатам качественного анализа методики «Незаконченные предложения» выяснилось, что 90 % детей с НЗ надеются на удачный исход течения своей болезни. Они осознают заболевание как изменение при-

вычного образа жизни (лечебные процедуры, ограничение двигательной активности, игровой и учебной деятельности). Отмечается доверительное отношение к взрослым. Дети младшего возраста отмечают, что взрослые ответственны за их здоровье. Те кто постарше, уже осознают собственную ответственность в сохранении здоровья и в исходе заболевания. Эти дети отмечают, что различные ограничения (в еде, в нагрузках) необходимы для успешного лечения. У них выражен мотив сохранения здоровья, и они понимают необходимость этих ограничений. Всего лишь 10 % детей считают, что полностью вылечиться нельзя и лечение приносит маленькую пользу. Все дети с ХПН надеются на удачный исход болезни, но только при условии пересадки почки. Лекарственные средства, диеты в представлении этих детей занимают не столь важное место в лечении заболевания.

90 % детей с НЗ связывают со своей болезнью такие чувства и эмоции, как страх, грусть, волнение. И только двое детей дали довольно нестандартные ответы: «С болезнью у меня связано чувство веры в лучшее», «Я верю, что победа будет за мной». Отмечается сильная привязанность по отношению к матери. Что касается потребности в общении, то эти дети более замкнуты в себе, отдают предпочтение одному – двум близким друзьям. 80% детей с ХПН связывают с болезнью чувство страха, грусти. Один ребенок настаивал на том, что он совершенно безразличен к болезни, что может говорить о выраженном развитии механизмов психологической защиты. Один мальчик сказал, что при мыслях о болезни он испытывает чувство непонимания: «Почему я?»

У 25 % детей с НЗ преобладают страхи, обусловленные инстинктом самосохранения и являющиеся ведущими для дошкольного возраста (страхи темноты, кошмаров, животных). Все дети в возрасте от 10 до 13 лет называли довольно специфические страхи, связанные с заболеванием (страх уколов, медицинских процедур). 45 % закончили предложение так: «Если бы все знали, как я боюсь не выздороветь». 50 % детей с ХПН свои страхи связывают с предстоящей операцией: «Вдруг не приживётся почка». 20 % детей сказали,

что если бы другие знали, как им страшно, то следили бы за своим здоровьем. 20 % детей сказали, что боятся боли. Один ребенок сказал, что боится врачей.

Самым неприятным в своей болезни подавляющее большинство детей с НЗ (75 %) считают частое пребывание в больнице. 20 % отмечают пропуск занятий в школе, ограничения в еде. И только один ребенок сказал о болезненных ощущениях. Как самое неприятное в своем заболевании, 40 % детей с ХПН отмечают процедуру гемодиализа. 20 % детей говорят об ограничениях в физической активности. 20 % отмечают болезненные ощущения. Один ребенок самым неприятным считает операцию по пересадке почки. Еще один ребенок – прием лекарств.

Все дети и с НЗ и с ХПН подбадривают себя, сравнивают свою болезнь и другие более тяжелые, делая вывод в свою пользу.

Все дети и с НЗ и с ХПН отмечают обстановку в своей семье как напряженную и волнительную в связи с их заболеванием. («В моей семье сейчас все волнуются и ждут, что я поправлюсь» .)

У 65 % детей с НЗ врачи ассоциируются с госпитализацией, с неприятными процедурами. 35 % ассоциируют врача с успешным лечением и помощью, остальные дети не так уверены в успешности лечения. Но при этом все дети надеются, что врач постарается помочь им выздороветь. Интересно, что одна девочка продолжила предложение таким образом: «Я бы хотела, чтобы мой врач никогда не болел», что может свидетельствовать о развитых механизмах проекции на врача собственных переживаний. У 70 % детей с ХПН врачи ассоциируются с успешным лечением. 20 % детей ждут от врача новости о том, что пришла почка. Один ребенок сказал, что испытывает страх при виде врача. («Я бы хотел, чтобы мой врач был очень далеко от меня, и я был здоров» .)

Поступление в больницу у всех детей связано с негативными эмоциями: страхом, грустью.

Все дети с НЗ видят будущее как хорошее и радостное. Дети в возрасте от 9 до 13 лет связывают выздоровление с возможностью лучше учиться, получить профессию. Более

младшие демонстрируют мотивацию выздоровления в соответствии с их потребностями («смогу гулять, сколько хочу, есть чипсы»). Говоря о будущей жизни, дети не воспринимают свою болезнь как преграду для достижения своей мечты. И только один мальчик отметил, что его мечта стать известным спортсменом никогда не сбудется в связи с его заболеванием.

Все дети с ХПН уверены, что будущее будет хорошим и в личном и в профессиональном плане, но только при условии пересадки почки. Единственной их целью на данный момент является пересадка, поэтому мысли о профессии, семье и прочем отходят на второй план, кажутся сейчас не самыми важными. Если дети с НЗ продолжали фразы: «Я верю, что в будущем я стану врачом», «Мне нужно выздороветь, чтобы в будущем стать мамой», то дети с ХПН продолжали предложения чаще так: «Я верю, что в будущем мне сделают пересадку», «Я хочу, чтобы когда-нибудь мне сделали пересадку, «Будущее кажется мне хорошим, если мне пересадят почку».

По результатам статистического анализа методики «Незаконченные предложения», с помощью критерия Манна-Уитни были выявлены значимые различия по шкале «представления о здоровье» ($p = 0,017517$) между двумя исследуемыми группами. Из графика видно, что представления о здоровье у детей с ХПН носят более пессимистический характер. По шкалам «представления о болезни» ($p = 0,234897$) и «отношение семьи к болезни» ($p = 0,234897$) также есть различия, но только на уровне тенденции.

Описание результатов по проективной методике

В целях получения дополнительных данных об отношении к болезни был использован рисуночный метод. За основу была взята методика половозрастной идентификации Н.Л. Белопольской с изменениями и дополнениями [1].

70 % детей с НЗ с удовольствием откликнулись на предложение нарисовать себя. 30 % сказали о том, что не умеют рисовать, но при повторной просьбе согласились. В основном это были мальчики.

Особых трудностей в представлении себя в разных возрастных категориях не было. Девочки, как правило, ассоциировали себя со своими мамами, сестрами и бабушками. («Взрослая, как мама, и волосы такие же»). В то время как мальчики в своих комментариях довольно редко говорили о схожести человека на рисунке с отцом, братом или бабушкой.

Все дети рисовали себя в старости, отмечая помимо своего заболевания другие, по их мнению, присутствующие у всех пожилых людей (проблемы с позвоночником, больные ноги, плохое зрение). Интересно, что даже те дети, которые говорили, что в молодости и в зрелости их заболевание пройдет, отмечали его в старости. То есть у них отмечается несоответствие сознательных представлений о заболевании и подсознательных догадок о тяжести болезни.

35 % детей с НЗ считают свое заболевание врожденным. Две девочки отметили, что заболевание им передалось от мамы. 65 % детей начинают отмечать появление своего заболевания примерно в возрасте трех – пяти лет. 60 % детей надеются на выздоровление к возрасту примерно двадцати лет. 15 % детей только в зрелом возрасте не отмечают свое заболевание. 25 % отмечают заболевание во всех последующих возрастных периодах.

Одна девочка заметила, что в возрасте восемнадцати лет, скорее всего, у нее будут проблемы с легкими: «Родители курят, а я нюхаю, легкие точно заболят».

Самым болезненным возрастом дети с НЗ считают старость (60 %), далее следует настоящий период (30 %), затем раннее детство (10 %). Скорее всего, такое распределение связано с влиянием общепринятого представления о старости как самом болезненном периоде в жизни человека. Настоящее время в этой периодизации занимает второе место, видимо, потому, что сегодняшние переживания и проблемы детей ярче, чем их ожидание в будущем. На третьем месте дети отмечают раннее детство, что тоже ожидаемо, поскольку к этому времени они относят возникновение заболевания. И практически все дети видят довольно благополучными, в отношении здоровья, свою молодость и зрелость, что, вероятно, связано с надеждами на выздоровле-

ние. Абсолютно все дети с НЗ отмечают в пожилом возрасте помимо своего заболевания заболевания сопутствующие, по их мнению, этому возрасту.

Сходная картина наблюдается у детей с ХПН. 60 % охотно согласились нарисовать себя, 40 % сначала отказывались, мотивируя это неумением рисовать. Девочки младшего возраста чаще ассоциировали себя с мамами, бабушками. Только один мальчик, комментируя свои рисунки, ссылался на схожесть с мужчинами своей семьи («Тут прямо как мой дедушка».)

Все дети надеются на выздоровление после пересадки. 40 % детей надеются на полное выздоровление к 20 годам, 30 % примерно к возрасту 30 лет. В основном это дети в возрасте от 7 до 11 лет. 30 % детей говорят о том, что болезнь все равно останется. Такого мнения придерживаются в основном дети более старшего возраста. Многие дети, говоря про старость, отмечали заболевания, присутствующие у всех пожилых людей (проблемы с позвоночником, больные ноги, плохое зрение), но не отмечали свое заболевание. Только один мальчик сказал, что в старости его заболевание обострится.

50 % детей с ХПН считают свое заболевание врожденным. Самым болезненным периодом дети с ХПН считают старость (50 %), потом следует настоящий период (40 %), далее раннее детство (10 %). Как и у другой группы детей, такое распределение, скорее всего, связано с общепринятыми представлениями, что пожилой возраст является наиболее болезненным периодом. Аналогично и о настоящем времени – сегодняшние проблемы ими

воспринимаются ярче, поэтому на втором месте стоит настоящий период. На третьем месте дети отмечают раннее детство, поскольку к этому времени они относят возникновение заболевания. И практически все дети видят довольно благополучными в отношении здоровья свою молодость и зрелость, но только при условии пересадки почки.

Для оценки значимости различий между двумя переменными в номинативных шкалах мы использовали критерий Хи-квадрат.

По шкале «раннее детство» можно говорить о значимых различиях на уровне тенденции ($p = 0,1927$). По шкале «детство» значимых различий не обнаружено ($p = 0,2733$). По шкале «настоящее время» значимых различий не обнаружено ($p = 1$), что вполне закономерно, поскольку все дети без исключения в этом периоде отмечают свое заболевание. Не обнаружено значимых различий и по шкале «молодость» ($p = 1$). По шкале «зрелость» значимые различия выявить не удалось, можно говорить о различиях только на уровне тенденции ($p = 0,1967$). По шкале «старость» значимых различий не выявлено ($p = 1$).

Дети с ХПН значимо чаще отмечают младенчество и зрелый возраст в качестве болезненных, т. е. у них преобладают представления о более раннем периоде возникновения заболевания и пессимистические прогнозы в отношении излечения от болезни.

Обсуждение результатов

В результате исследования выяснилось, что у детей с нефрологическими заболеваниями недостаточно выражен интеллектуальный уровень внутренней картины болезни.

Таблица 1

Значимые различия между отметками детей с НЗ и ХПН о своей болезненности в разные периоды жизни

Исследуемые периоды жизни	НЗ	ХПН	P
Младенчество	35 %	60 %	$p = 0,1927$
Раннее детство	60 %	80 %	$p = 0,2733$
Настоящий период	100 %	100 %	$p = 1$
Молодость	40 %	40 %	$p = 1$
Зрелость	5 %	20 %	$p = 0,1967$
Старость	20 %	20 %	$p = 1$

Только 20 % детей примерно знали свой диагноз. Все дети в этом вопросе опирались на общие сведения, которые сообщали им родители и в основном это было связано с ограничениями, которые накладывает на них заболевание, но не с самим заболеванием. У детей с ХПН чаще отмечается сформированность концепции заболевания. 60 % детей назвали свой диагноз и довольно подробно описали, что происходит на данный момент в их организме. У детей старшего возраста наблюдается повышенная заинтересованность в информации о своем диагнозе и течении болезни.

Что касается сензитивного уровня, то подавляющее большинство детей с НЗ не отметили болезненных ощущений либо отметили незначительные периодические боли. Аналогичная ситуация у детей с ХПН. В основном боль они связывают с процедурой гемодиализа.

При исследовании эмоционального уровня внутренней картины болезни детей с НЗ выявились повышенная тревожность, страх, грусть, волнение. В основном волнение связано со страхом не выздороветь, а следовательно – продолжать периодическое лечение в больнице, переживать неприятные медицинские процедуры, быть оторванным от дома и сверстников.

У детей с ХПН картина аналогична – при исследовании эмоционального уровня внутренней картины болезни выявились повышенная тревожность, страх, грусть, волнение. Но все тревоги и страхи были связаны в основном с ожиданием пересадки почки, с тем, что почка не приживется и придется делать повторную операцию, а следовательно, оставаться в клинике. Дети более старшего возраста тревожатся больше за будущее, которое, по их мнению, всецело зависит от удачной операции. И в первой и во второй группе были дети, которые свой страх связывали со стыдом, они боялись, что сверстники узнают об их заболевании.

В ходе исследования выяснилось, что мотивация у детей с нефрологическими заболеваниями сохранна. Хотя у некоторых и отмечается повышенная тревожность по поводу будущего, но в основном все дети позитив-

но смотрят на свою дальнейшую жизнь. Они считают, что заболевание не мешает осуществиться их основным мечтам, перечисляют профессии, в которых себя видят, девочки старшего возраста часто упоминают о замужестве и детях.

Мотивация сохранна и у детей с ХПН, но она является ситуационной. Все они уверены, что будущее будет хорошим и в профессиональном и в личном плане, но только при условии пересадки. Единственной их целью на данный момент является пересадка, поэтому мысли о профессии, семье и прочем отходят на второй план, кажутся сейчас не самыми важными.

Т. Н. Муладжанова в своих работах описывала данный феномен у взрослых пациентов с ХПН, отметив, что центральным психологическим механизмом изменений личности у больных хронической почечной недостаточностью является перестройка иерархии мотивов по типу выдвижения в качестве ведущего мотива «сохранения здоровья» [8]. То есть у данной категории больных ситуационно-обусловленный мотив «сохранения здоровья» (а в данном случае это связано с пересадкой почки) превращается в смыслообразующий и становится единственным.

Выводы

1. Специфика внутренней картины болезни детей с нефрологическими заболеваниями заключается в низком уровне знаний о собственном заболевании, отсутствии болезненных ощущений, повышенной тревоге и страхах, по поводу прогноза заболевания, при сохранности мотивационной структуры.

2. Специфика внутренней картины болезни детей с хронической почечной недостаточностью заключается в более высоком уровне знаний о своем заболевании, повышенном уровне тревоги. Болезненные ощущения в основном связаны с процедурой гемодиализа. Мотивация у детей с ХПН сохранна, но является ситуационной. Все их мысли и желания сосредоточены на успешной пересадке как условия нормального существования в будущем.

3. Уровень знаний о своем заболевании у детей с ХПН выше, чем у детей с НЗ. Почти

все дети с ХПН надеются на выздоровление после пересадки, в то время как дети с НЗ более скептически относятся к прогнозу своей болезни. Мотивация детей с НЗ является сохранной. Мотивация детей с ХПН сохранна, но ситуационна.

4. Выбранный нами блок методик может использоваться при диагностике ВКБ в детском возрасте при различных хронических соматических заболеваниях.

5. При психологической реабилитации детей с НЗ важно формировать их концепцию заболевания, снижать негативные переживания относительно болезни. При работе с детьми с ХПН необходимо готовить их к процедуре гемодиализа и расширять их мотивационную структуру.

Заключение

Проведенное исследование подтвердило гипотезу, что внутренняя картина болезни детей с нефрологическими заболеваниями и хронической почечной недостаточностью имеет различие в содержании отдельных ее уровней.

ВКБ у детей с различными соматическими заболеваниями не только интересная, но и актуальная тема для исследования, поскольку знание психологии больного, его личностных особенностей и возможностей повышает

эффективность медицинской и психологической помощи.

Дальнейшие планы работы в этом направлении предполагают исследование вопросов психологической коррекции ВКБ детей с нефрологическими заболеваниями и хронической почечной недостаточностью. Это очень важная тема, поскольку психологическая коррекция в данном случае позволит предотвратить формирование «утяжеленных» форм ВКБ, возникновение которых может осложнять общую картину течения болезни.

Уже сейчас, исходя из результатов данного исследования, можно сказать, что при проведении психологической реабилитации детей с нефрологическими заболеваниями важно обсуждать с ними вопросы, связанные с наличием заболевания, говорить о способах лечения, возможностях выздоровления и поддержания благоприятного соматического состояния. У детей, страдающих хронической почечной недостаточностью, необходимо расширять мотивационную структуру, находить смыслообразующие мотивы их жизнедеятельности помимо единственного мотива «сохранения здоровья». Для обеих групп детей необходима коррекция эмоционального уровня внутренней картины болезни, а именно, снижение тревоги и страхов относительно заболевания.

Литература

1. Белопольская Н.Л. Экспериментальное исследование возрастной идентификации у людей, совершивших суицидальную попытку // Психологическая наука и образование. 2010. № 2.
2. Бурно М.Е., Зикеева Л.Д. К вопросу об отношении больного к своему соматическому заболеванию // Терапевтический архив. 1974. № 1.
3. Белов В.И. Психология здоровья. М., 1997.
4. Исаев Д.Н. Медико-психологические аспекты психосоматических заболеваний и внутренняя картина болезни в детском возрасте // Психиатрические аспекты педиатрии. Л., 1985.
5. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья и соматические заболевания у детей // Неврозы у детей и подростков. М., 1986.
6. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. Л, 1980.
7. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. М., 1977.
8. Муладжанова Т.Н. Психологический анализ изменений личности у больных хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении гемодиализом. М., 1983.
9. Поппе Г.К., Броуде Л.Б. Внутренняя картина болезни у детей с бронхиальной астмой // Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. Л., 1990.

Internal picture of disease in children with nephrological disease and chronic kidney disease

Y. E. Kurtanova,

*PhD in Psychology, Assistant Professor, Chair of Psychological Rehabilitation,
Department of Clinical and Special Psychology, Moscow State University
of Psychology and Education*

M. N. Zinchenko,

*Student, Department of Clinical and Special Psychology, Moscow State University
of Psychology and Education*

We present the research of internal picture of disease in children with varying degrees of renal dysfunction and a comparative analysis of the internal picture of disease in children with nephrological disease and chronic kidney disease. The study involved two groups of children being treated at the Department of Nephrology of Research Institute of Pediatrics and Pediatric Surgery and at the Department of Transplantation of Russian Children's Clinical Hospital. The methods of research involved structured clinical interview and pictorial method – a modified version of N.L. Belopol'skaya's method of studying age and gender identification, as well as incomplete sentences method (V.E. Kagan, I.K. Schatz). [5]. The study revealed the specifics of internal picture of disease in children with nephrological diseases: low level of knowledge about their own illness, absence of pain, high level of anxiety and fear concerning the future, with the motivational structure being intact. The specifics of internal picture of disease in children with chronic kidney disease is higher level of knowledge about their own disease, high level of anxiety, pain mainly associated with hemodialysis. Motivation in children with chronic kidney disease is intact but situational. All their thoughts and desires are focused on the successful transplantation, as a condition of normal life in the future.

Keywords: internal picture of disease, concept of disease, chronic kidney disease, nephrological diseases.

References

1. *Belopol'skaja N.L.* Jeksperimental'noe issledovanie vozrastnoj identifikacii u ljudej, sovershivshih suicidal'nuju popytku // *Psihologicheskaja nauka i obrazovanie*. 2010. № 2.
2. *Burno M.E., Zikeeva L.D.* K voprosu ob otnoshenii bol'nogo k svoemu somaticheskomu zabojevaniju // *Terapevticheskij arhiv*. 1974. № 1.
3. *Belov V.I.* *Psihologija zdorov'ja*. M., 1997.
4. *Isaev D.N.* Mediko-psihologicheskie aspekty psihosomaticheskix zabojevanij i vnutrennjaja kartina bolezni v detskom vozraste // *Psihiatricheskie aspekty pediatrii*. L., 1985.
5. *Kagan V.E.* Vnutrennjaja kartina zdorov'ja i somaticheskie zabojevanija u detej // *Nevrozy u detej i podrostkov*. M., 1986.
6. *Kvasenko A.V., Zubarev Ju.G.* *Psihologija bol'nogo*. L, 1980.
7. *Lurija R.A.* Vnutrennjaja kartina boleznej i iatrogenne zabojevanija. M., 1977.
8. *Muladzhanova T.N.* Psihologicheskij analiz izmenenij lichnosti u bol'nyh hronicheskoj pochečnoj nedostatochnost'ju, nahodjashhijhsja na lechenii gemodializom. M., 1983.
9. *Poppe G.K., Broude L.B.* Vnutrennjaja kartina bolezni u detej s bronhial'noj astmoy // *Psihosomaticheskie i somatopsihicheskie rasstrojstva u detej*. L., 1990.