

КЛІНІКО-ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ, ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ У ГЕНЕЗІ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕЧОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ ОДНІЄЇ АБО ЄДИНОЇ НИРКИ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Подано аналіз результатів комплексного вивчення особливостей дезадаптації пацієнтів із сечокам'яною хворобою однієї або єдиної нирки. Підкреслено взаємозв'язок індивідуально-психологічних та патоперсоналогічних феноменів із психосоціальними чинниками у генезі порушень адаптації. Описано найбільш змінені фактори взаємодії у мікро- та макрооточенні пацієнтів. Розроблено стратегічні шляхи оптимізації якості життя та медико-психологічних інтервенцій.

Ключові слова: сечокам'яна хвороба, хвороба однієї або єдиної нирки, психічна дезадаптація, якість життя, психосоціальні чинники, індивідуально-психологічні особливості, психодіагностика.

Попри успіхи клінічної медицини в лікуванні захворювань сечостатевої системи, кількість пацієнтів із єдиною ниркою не зменшується. Такі хворі становлять найбільш важкий контингент урологічних відділень, їх лікування вимагає великого терпіння від пацієнта, значного вміння та наполегливості від лікаря [1].

Сечокам'яна хвороба (СКХ) є одним із найчастіших урологічних захворювань, і в різних країнах світу на неї страждають від 1,5 до 3% населення. В Україні захворюваність на уролітіаз становить до 300 хворих на 100 тис. населення [2]. СКХ — поліетіологічне захворювання, що характеризується наявністю конкременту (одного або кількох) у нирках та/або сечовивідних шляхах. Ця патологія трапляється здебільшого у віці 20–50 років (середній вік — 24,6 року), в осіб, старших за 50 років, ризик утворення конкрементів різко знижується. Останнім часом захворюваність на СКХ постійно підвищується, відображаючи зміни у рівні життя і харчових звичках населення. Виникнення СКХ залежить від раси, віку і статі пацієнтів. Так, для представників європеїдної раси ризик утворення каменів у кілька разів вищий, ніж для негроїдної раси. Камені найчастіше локалізуються в правій нирці. Двосторонній уролітіаз спостерігається в 15–30% випадків. Утворення конкрементів при дискретних метаболічних/гормональних дефектах (цистинурія, гіперпаратиреоз) трапляється однаково часто в осіб обох статей. Незважаючи на те що наразі намітилася тенденція до підвищення поширеності СКХ серед жінок, у структурі захворюваності продовжують домінувати чоловіки [3].

Наявність єдиної і нормально функціонуючої нирки не підвищує ризик утворення каменів, однак таким пацієнтам рекомендується така сама

терапія, що проводиться для профілактики рецидивів уролітіаза.

При лікуванні хворих на СКХ єдиної нирки однаково важливі, з одного боку, правильна побудова тактики їх ведення, застосування різного обсягу хірургічного втручання, а з іншого — аналіз особливостей психологічних і психічних реакцій, оцінка клініко-патопсихологічних, індивідуально-психологічних й психосоціальних факторів, що сприяють виникненню у пацієнтів дезадаптивних станів [4].

Увага до особистості пацієнта є традиційною для вітчизняної медицини, а в сучасних умовах не тільки не втрачає своєї актуальності, але й набуває все більшого значення, що пов'язано з багатьма причинами.

До психосоціальних чинників належать:

1. Нестабільна соціально-економічна ситуація, наростаюча урбанізація, зростання темпу життя і труднощі в обробці дедалі більших обсягів інформації, що призводять до збільшення поширеності невротичних розладів серед населення, в тому числі соматизації психічних проявів і коморбідних зі соматичними психічних реакцій.

2. Негативні прояви науково-технічного прогресу, а саме «насичення» медицини сучасною ефективною апаратурою призводить до «механістичності», зайвої стандартизації лікувальних підходів, зміщення акценту з хворого на хворобу тощо.

3. Тенденція до дедалі вузької спеціалізації лікарів у поєднанні з їх «технократичним» мисленням і відсутністю підготовки в галузі медичної психології обумовлюють недооцінку ними особливостей психологічного стану сучасного пацієнта, а також його впливу на перебіг і прогноз захворювання.

4. Європейська конвенція з прав людини передбачає урахування високого освітнього та куль-

турного рівня нинішніх хворих, вимоги до отримання ними максимального обсягу інформації та участь у прийнятті рішень щодо свого лікування.

5. Сучасні уявлення про існування патологічних «порочних кіл» між соматичним і психічним станами пацієнта. Наприклад, захворювання, особливо хронічне і потенційно небезпечне для життя, є величезним психотравмуючим фактором, який має вирішальне значення для хворої людини. Одним з його характерних проявів є втрата віри хворого у своє одужання, що помітно ускладнює лікування.

6. Антропоцентричний підхід. При цьому медико-психологічна допомога необхідна не тільки для якісної реконвалесценції, збільшення тривалості ремісій, запобігання рецидивів, інвалідизації, а й для формування у хворого специфічних особистісних якостей, що сприяють цілям і завданням успішного лікування та елімінації психологічних явищ, які негативно впливають на перебіг і прогноз захворювання (зокрема СКХ) [4].

Отже, на сучасному етапі особливо важливим є підвищення ролі системної медико-психологічної допомоги в соматичній медицині.

Мета роботи — дослідження взаємозв'язків клініко-патофизиологічних, психосоціальних та індивідуально-психологічних особливостей як предикторів адаптації/деадаптації хворих на СКХ однієї або єдиної нирки з виявленням у рамках системно-ціннісного підходу чинників дезадаптації.

Для обґрунтування необхідності та подальшої розробки медико-психологічної допомоги категорії пацієнтів із СКХ на базі урологічного відділення Донецького територіально-медичного об'єднання протягом 2010–2014 рр. було обстежено 120 хворих. Першу досліджувану групу (ДГ1) становили хворі з СКХ, другу досліджувану групу (ДГ2) — пацієнти з СКХ єдиної нирки.

Дизайн дослідження передбачав наявність кількох етапів залежно від виду медичної урологічної допомоги і включав психоосвітні, психодіагностичні й психокорекційні заходи.

Усі обстежені надходили із симптоматикою гострого ниркового болю через СКХ. Після зняття больового синдрому та проведення діагностичних маніпуляцій перед здійсненням дистанційної літотрипсії усім пацієнтам надавали психоосвітню допомогу та медико-психологічну підготовку до процедури в рамках «малої психотерапії» за І. З. Вельвовським [5].

На другий день після дистанційної літотрипсії проводили психодіагностику, що включала визначення психоемоційного статусу, індивідуально-психологічних і психосоціальних особливостей пацієнтів. Виявлені особливості та їх взаємозв'язки було розглянуто нами як мішені медико-психологічного

психокорекційного впливу, який починали здійснювати з третього-четвертого дня після літотрипсії, продовжували в умовах амбулаторного нагляду упродовж 6 міс та завершували оцінкою ефективності заходів медико-психологічного супроводу.

Клініко-патофизиологічну специфіку пацієнтів установлювали з використанням методики діагностики самооцінки (САН), розробленої В. А. Доскіним та ін., шкали депресії Бека (BDI), методу самооцінки тривоги Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна та шкали оцінки астенії MFI-20, адаптованої для застосування [6, 7].

Індивідуально-психологічні особливості обстежених визначали за показниками алекситимії (яку оцінювали за допомогою Торонтської алекситимічної шкали — TAS) [6] та типу ставлення до хвороби (за «Методикою діагностики типів ставлення до хвороби» (ТСХ) Л. І. Вассермана та ін. [8].

Маркерами психосоціального функціонування було обрано ступінь соціальної підтримки (діагностика за шкалою MSPSS G. D. Zimet et al. в адаптації Н. О. Сироти, В. М. Ялтонського) [9] та якості життя (ЯЖ) (за методикою J. Mezzich et al.) [10].

У цілому за результатами дослідження між групами хворих встановлено істотні розбіжності за частотою і ступенем вираженості дезадаптаційних чинників.

Розподіл достовірного кореляційного взаємозв'язку між вираженістю проявів дезадаптації («показник функціонування») та симптомами депресії у хворих ДГ1 та ДГ2 (табл. 1) показав, що в обох групах симптоми депресії значно впливали на психологічний комфорт та взаємовідносини у родині ($p \leq 0,001$). Проте у пацієнтів ДГ2 симптоми депресії були більш вираженими і значно впливали на взаємовідносини у трудовій діяльності ($p \leq 0,001$). У хворих ДГ1 виявлено відсоткове зниження рівня депресії та її ступеня вираженості ($p \leq 0,001$).

Розподіл достовірного кореляційного взаємозв'язку між вираженістю «показника функціонування» та симптомами тривожності у хворих ДГ1 та ДГ2 відображено у табл. 2.

Результат аналізу даних свідчить, що у пацієнтів ДГ1 спостерігалися так звані «стабільна» та «пластична» тривожність, висока реактивна тривожність із порушеннями уваги та тонкої координації, наявність «преморбідно-особистісного завищеного тривожного фону» ($p \leq 0,001$), у хворих ДГ2, відповідно, «зростаюча» та «пікова» тривожність, завищений акцент до себе у зовнішній категоричності, висока особистісна тривожність із невротичним конфліктом, порушеннями уваги ($p \leq 0,001$).

Таблиця 1

Наявність достовірного кореляційного взаємозв'язку між «показником функціонування»* та симптомами депресії (за шкалою Бека) у хворих досліджуваних груп

Показники	Симптоми	
	ДГ1	ДГ2
Психологічний комфорт	++	++
Взаємини у родині	++	++
Взаємини у трудовій діяльності	±	++
Відсоткове зменшення рівня депресії та ступеня її вираженості	++	±
Стабільна виражена динаміка депресії та ступеня її вираженості	±	++

Примітка. «++» — виражений і «±» — слабкий достовірні взаємозв'язки;

* «показник функціонування» статистично мав міцніший та впливовіший зв'язок. Те саме у табл. 2–5.

Таблиця 2

Наявність достовірного кореляційного взаємозв'язку між вираженістю «показника функціонування» та симптомами тривожності (за Ч. Д. Спілбергером — Ю. Л. Ханіним) у хворих досліджуваних груп

Показники	Симптоми	
	ДГ1	ДГ2
«Стабільна» тривожність	++	±
«Зростаюча» тривожність	±	++
«Пластична» тривожність	++	±
«Пікова» тривожність	±	++
Завищений акцент до себе у зовнішній категоричності	±	++
Висока реактивна тривожність із порушенням уваги та тонкої координації	++	±
Особистісна тривожність із невротичним конфліктом та зривами, психосоматичними захворюваннями, порушеннями уваги	±	++
«Преморбідно-особистісний завищений тривожний фон»	++	++

Розподіл достовірного кореляційного взаємозв'язку між показниками на рівні дезадаптації та симптомами тривожності у хворих ДГ1 та ДГ2 подано у табл. 3.

Установлено, що у хворих ДГ1 та ДГ2 низький рівень тривожності впливав на низьку активність та мотивацію до діяльності, відповідальність у прийнятті рішень, порушення зацікавленості ($p \leq 0,001$), помірний рівень — на значущість у постановці завдань, змістовне осмислення діяльності, вимогливість до себе ($p \leq 0,001$). Високий рівень впливав на схильність до загрози самооцінці, життєдіяльності, компетенції, престижу, незалежному та звичайному способу життя, оцінки власної компетентності, зниженої здатності осмислення діяльності, формування дезадаптуючого почуття невпевненості у собі ($p \leq 0,001$).

Розподіл достовірного кореляційного взаємозв'язку між астеною та самопочуттям, активністю, настроєм у хворих ДГ1 та ДГ2 подано у табл. 4.

Між показниками астеної, самопочуття, активності та настрою кореляційні зв'язки взаємовпливу в обох групах значно відрізняються. У пацієнтів ДГ2 такий значущий взаємовплив було виявлено

між погіршенням самопочуття, активністю, настрою та усіма складовими астеної, а стани «не погіршення» або «добрий» не корелювали зі станами астеної на відміну від хворих ДГ1 ($p \leq 0,001$).

Розподіл достовірного кореляційного взаємозв'язку між вираженістю алекситимії та пов'язаних із цим проблем у хворих ДГ1 та ДГ2 подано у табл. 5. Хворим ДГ2 на всіх рівнях алекситимії притаманні труднощі у визначенні та описі (вербалізації) власних емоцій і емоцій інших людей, у розрізненні емоцій і тілесних відчуттів, зниження здатності до символізації, зокрема до фантазії, фокусування переважно на зовнішніх подіях на шкоду внутрішнім переживанням, схильність до конкретного, утилітарного, логічного мислення при дефіциті емоційних реакцій ($p \leq 0,001$).

Розподіл достовірного кореляційного взаємозв'язку між показниками на рівні дезадаптації та типу ставлення до хвороби у хворих ДГ2 відображено у табл. 6. Результати попередніх досліджень свідчать про переважання у цих пацієнтів негармонійних типів ставлення до хвороби інтрапсихічної спрямованості (тривожного, іпохондричного, неврастенічного), що обумовлювало зниження

Таблиця 3

Наявність достовірного кореляційного взаємозв'язку між показниками на рівні дезадаптації та симптомами тривожності (за Ч. Д. Спілбергером — Ю. Л. Ханіним) у хворих досліджуваних груп

Показники	Тривожність					
	низький рівень		помірний рівень		високий рівень	
	ДГ1	ДГ2	ДГ1	ДГ2	ДГ1	ДГ2
Низька активність та мотивація до діяльності	++	++	±	±	±	±
Відповідальність у прийнятті рішень	++	++	±	±	±	±
Порушення зацікавленості	++	++	±	±	±	±
Значущість у постановці завдань	±	±	++	++	±	±
Змістовне осмислення діяльності	±	±	++	++	±	±
Вимогливість до себе	±	±	++	++	±	±
Схильність до відчуття загрози самооцінці й життєдіяльності	±	±	±	±	++	++
Загроза компетенції та престижу	±	±	±	±	++	++
Загроза незалежному та звичайному способу життя	±	±	±	±	++	++
Оцінка власної компетентності	±	±	±	±	++	++
Знижена здатність осмислення діяльності	±	±	±	±	++	++
Дезадаптує почуття невпевненості	±	±	±	±	++	++

Таблиця 4

Наявність достовірного кореляційного взаємозв'язку між астеною (за MFI-20) та самопочуттям, активністю, настроєм (за методикою САН) у хворих досліджуваних груп

Показники	Самопочуття, активність, настрої					
	постійне погіршення		не погіршення		добрий стан	
	ДГ1	ДГ2	ДГ1	ДГ2	ДГ1	ДГ2
Загальна астенія	±	++	±	±	±	±
Знижена активність	±	++	±	±	±	±
Зниження мотивації	±	++	±	±	±	±
Фізична астенія	±	++	±	±	±	±
Психічна астенія	±	++	±	±	±	±

Таблиця 5

Наявність достовірного кореляційного взаємозв'язку між вираженістю алекситимії (за шкалою TAS) та пов'язаних із цим проблем у хворих досліджуваних груп

Проблеми	Рівень алекситимії					
	високий (74 та більше балів)		середній (63–73 бали)		низький (менше 63 балів)	
	ДГ1	ДГ2	ДГ1	ДГ2	ДГ1	ДГ2
Труднощі у визначенні та описі (вербалізації) власних емоцій і емоцій інших людей	±	++	±	++	±	++
Труднощі в розрізненні емоцій і тілесних відчуттів	±	++	±	++	±	++
Зниження здатності до символізації, зокрема до фантазії; фокусування переважно на зовнішніх подіях на шкоду внутрішнім переживанням	±	++	±	++	±	++
Схильність до конкретного, утилітарного, логічного мислення при дефіциті емоційних реакцій	±	++	±	++	±	++

Таблиця 6

Наявність достовірного кореляційного взаємозв'язку між показниками на рівні дезадаптації та типом ставлення до хвороби у хворих досліджуваних груп

Показники	Тип ставлення до хвороби			
	Т	І	Н	А
Постійний тривожний стан через хворобу	++			
Невіра у можливість позитивних результатів лікування	++			
Емоційно пригнічений настрій	++			
Пошук «народних» методів лікування та джерел інформації про хворобу	++			
Надмірна схвильованість щодо можливого неприємного сприйняття їх оточуючими		++		
Не вважали хворобу катастрофою особистісного життя			++	
Намагалися бути активними та компенсувалися в активному способі життя та високій працездатності				++

Примітка. Т — тривожний тип ставлення до хвороби; І — іпохондричний; Н — неврастенічний; А — анозогнозичний.

Таблиця 7

Основні напрями формування типів ставлення до хвороби у хворих на сечокам'яну хворобу

Напрями	Преморбідні особливості	Тип ставлення до хвороби	Характеристика захисних механізмів	Негативний перебіг захворювання
Перший	Без розладів особистості в преморбіді. Можливість зміни особистісних рис у процесі хвороби	Ергопатичний, анозогнозичний	Вузкий вибір засобів компенсації внутрішнього дискомфорту. Висока заперечливість негативної дійсності	Виражені тривожні та депресивні симптоми. Труднощі функціонування у суспільстві, самореалізації особистості, розвиток внутрішніх конфліктів
Другий	Виражені преморбідні особистісні особливості зі стійкими афективними реакціями	Тривожний, іпохондричний, неврастенічний	Низька фрустраційна толерантність. Нездатність справлятися із внутрішнім дискомфортом	

можливостей їхньої психологічної адаптації до хвороби, більш виражене в обстежених ДГ2 [11]. Для хворих ДГ1 було характерне також анозогнозичне ставлення до захворювання, а серед осіб ДГ2 іноді траплявся й ергопатичний тип.

Аналіз даних показав, що на формування типу ставлення до хвороби впливає наявність прямого кореляційного зв'язку між динамікою тривоги та спрямованістю реакцій у фруструючих ситуаціях. Цей вплив «маскує» прояви хвороби на зовнішньому рівні, проте у глибині він залишається та продовжує травмувати відчуття неповноцінності та провини, без компенсаційних захистів. Зворотні кореляційні зв'язки дають змогу визначити психокорекційні підходи, а саме — підвищення показника автономності (шляхом розвитку вміння підтримувати позитивну свободу) та повне розкриття «екзистенційної цінності» «тут і зараз».

Основні напрями формування типів ставлення до хвороби у пацієнтів із СКХ відображено у табл. 7. У формуванні типу ставлення до хвороби значну роль відіграє потреба хворих у задоволенні приязних взаємин із оточуючими, крім

того, пацієнти відчували постійну незадоволеність фізичним станом. На тип ставлення до хвороби впливала безвідповідальна і безініціативна поведінка. У такій ситуації позитивний психокорекційний прогноз можна робити в напрямі розвитку образної сфери пацієнтів, використання їх творчого потенціалу для поліпшення психічної регуляції.

Розподіл достовірного кореляційного взаємозв'язку між показниками установки на лікування та соціальної підтримки у хворих ДГ1 та ДГ2 відображено у табл. 8.

Із аналізу поданих даних випливає, що у пацієнтів ДГ2 достовірно частіше спостерігалось слабке розуміння та емоційне притягнення між членами родини, друзями та іншими значущими особами при відсутній або пасивній установці на лікування. Так, хворі ДГ2 більше, ніж обстежені ДГ1, відчували безпорадність і нездатність втручатися у перебіг захворювання ($p \leq 0,001$). Хворі не вважали себе значущою дійовою фігурою у родині, розуміли, що ситуація в сім'ї не завжди залежить від їхніх власних зусиль, відчували безсилля, самотність, мали підозру, що оточуючі надмірно їх контролюють ($p \leq 0,001$).

Наявність достовірного кореляційного взаємозв'язку між показниками установки на лікування та соціальної підтримки (тест MSPSS) у хворих досліджуваних груп

Показники	Установка на лікування					
	активна		пасивна		відсутня	
	ДГ1	ДГ2	ДГ1	ДГ2	ДГ1	ДГ2
Тісний емоційний зв'язок із родиною (близькі родичі)	++	++	++	±	++	±
Тісний емоційний зв'язок із друзями	++	++	++	±	++	±
Тісний емоційний зв'язок із іншими значущими особами	++	++	++	±	++	±
Набута з часом відповідальність за хворого у родині (близькі родичі)	++	++	++	±	++	±
Набута з часом відповідальність за хворого у друзів	++	++	++	±	++	±
Набута з часом відповідальність за хворого в інших значущих осіб	++	++	++	±	++	±

Розподіл зв'язків деформації емоційного спілкування між хворим із СКХ єдиної нирки і оточенням та взаємозв'язків деформації якості життя в обстежених проілюстровано на рис. 1, 2.

Вивчення зв'язків деформації емоційного спілкування у пацієнтів із СКХ і оточуючими, якості їхнього життя дало змогу узагальнити певні рекомендації.

1. Медико-психологічний вплив необхідно будувати у напрямі нівелювання негативних наслідків базового психологічного/емоційного відчуття тривоги, яке у більшості хворих стає фоном для виникнення проблем в інших сферах функціонування.

2. Слід більше уваги приділяти терапії не лише власне соматичного стану, а також і психологічному та психічному станам хворого та їх наслідкам із метою відновлення відчуття психологічного та емоційного благополуччя.

3. Обов'язкове відновлення так званих складних об'єктів терапевтичного впливу, а саме — самообслуговування і залежності у діях, оскільки на них впливають сукупні об'єктивні умови мікро- і макросоціального середовища.

4. Для подолання існуючих та профілактики нових проблем у сферах суспільної та службової підтримки необхідно застосовувати заходи психосоціального напрямку щодо підвищення мотивації хворого на досягнення соціально значущих цілей.

5. Медико-психологічне втручання має обов'язково спиратися на показник загального сприйняття якості життя, а не лише на оцінку окремих сфер функціонування.

За результатами факторного аналізу усіх показників було виділено відносно незалежні, узагальнені характеристики, які згруповані у чинники

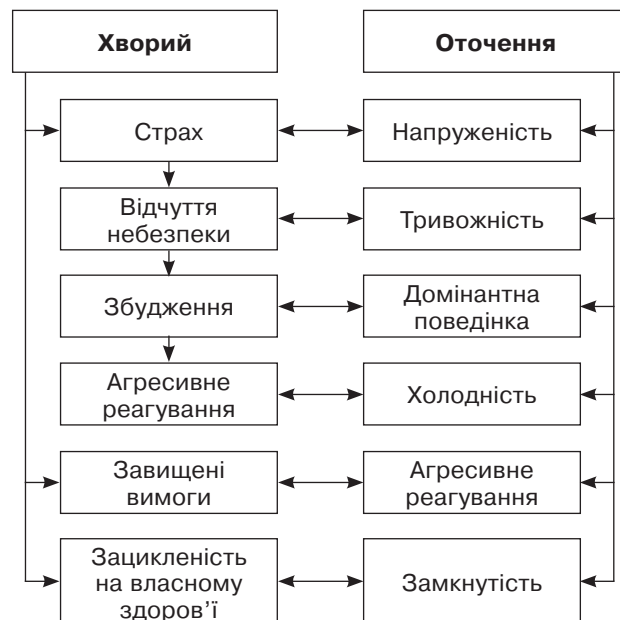


Рис. 1. Зв'язки деформації емоційного спілкування між хворим та оточенням у пацієнтів із сечокам'яною хворобою єдиної нирки

дезадаптації (А, В, С, Д), що виявилися притаманними для пацієнтів із СКХ єдиної нирки:

А — включає незадоволення взаємовідносинами з родиною, психоемоційним станом та працездатністю;

В — обіймає підвищені показники спонтанності, незадоволеності фізичним станом, реакції поведінки у фруструючих ситуаціях, а також слабко виражені особистісну автономність, контактність, гнучкість, що характеризують їх дезінтеграцію;

С — складається з незадоволеності взаєминами в родині, з друзями, матеріальним становищем,

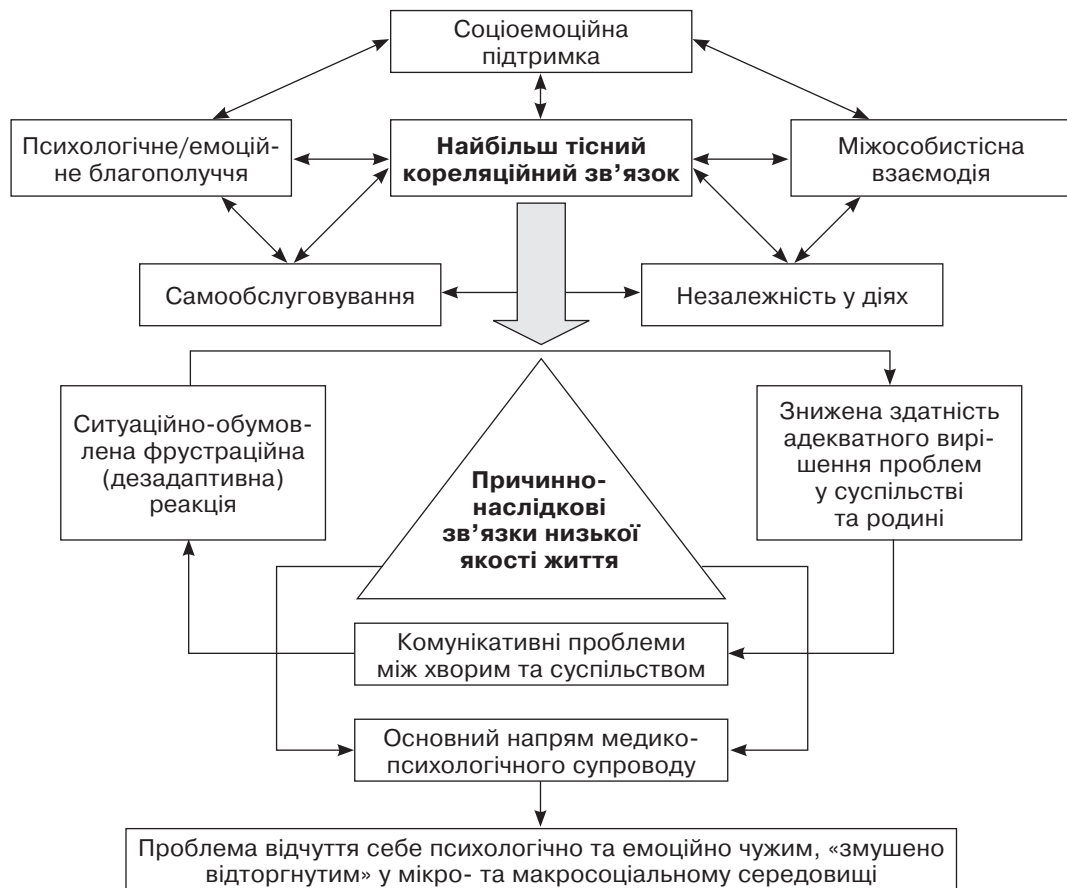


Рис. 2. Взаємозв'язки деформації якості життя у хворих із сечокам'яною хворобою єдиної нирки

взаєминами з особою протилежної статі, психо-емоційним станом; суб'єктивне неблагополуччя формують ситуативні дезадаптуючі впливи;

D — включає фіксацію на перешкоді у фруструючих ситуаціях, незадоволеність взаєминами з дітьми, способом життя, внутрішньо-родинними відносинами; діагностується пасивна захисна поведінка в дезадаптуючому соціальному контексті.

Таким чином, порівняльний аналіз взаємозв'язків показників клініко-патопсихологічних, індивідуально-психологічних і психосоціальних особливостей у пацієнтів із СКХ однієї або єдиної нирки виявив істотний внесок суб'єктивних чинників як в етіологію, так і в патогенез захворювання, а саме:

1) стереотипність соціальної поведінки у фруструючих ситуаціях, переважання зовнішньої спрямованості реагування (які є зовні демонстрованими та маскують істинні внутрішні реакції);

2) ставлення до оточення із прив'язкою до «суспільних стандартів і норм поведінки»: хворі схильні до неврахування власних емоційно неприйнятних думок і запобіганню їх за допомогою розвитку у себе протилежних цим бажанням

установок при зниженні для себе значущості причин психотравмуючої ситуації.

Отримані результати було покладено нами в основу розробки заходів медико-психологічного супроводу зазначеної категорії пацієнтів.

Список літератури

1. *Бойко А. І.* Єдина нирка як ризик для нирковокам'яної хвороби / А. І. Бойко // Таврический медико-биологический вестн.— 2012.— Т. 15, № 1 (57).— С. 36—41.
2. Галузевий стандарт Міністерства охорони здоров'я України «Протокол ведення хворих. Сечокам'яна хвороба. Каміні нирки (№ 20,0). Додаток до наказу МОЗ № 604 від 06.12.2004» [Електронний ресурс].— Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1689>
3. *Сагалевич А. І.* Малоінвазивне лічення кораллового нефролітиаза / А. І. Сагалевич, П. С. Серняк, І. А. Деркач // Питання експериментальної та клінічної медицини: зб. ст.— Донецьк: ДонДМУ, 2005.— Вип. 9, т. 1.— С. 71—77.
4. *Серняк П. С.* Розробка інтелектуальної системи вибору способу лічення больных с мочекаменной болезнью при единственной почке в аспекте психоэмоциональной коррекции психосоматического

- статуса / П. С. Серняк // Штучний інтелект.— 2006.— № 3.— С. 436–440.
5. Психотерапия в клинической практике / И. З. Вельвовский, Н. К. Липгарт, Е. М. Багалеи, В. И. Сухоруко.— К.: Здоровье, 1984.— 160 с.
6. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ.; под ред. Д. Я. Райгородского.— Самара: Бахрах-М, 2001.— 672 с.
7. The multidimensional fatigue inventory (MFI) psychometric properties of an instrument to assess fatigue / E. M. Smets, B. J. Garssen, B. Bonke, J. C. DeHaes // J. of Psychosomatic Research.— 1995.— Vol. 39.— P. 315–325.
8. Усовершенствованная методика для психологической диагностики отношения к болезни (ТОБОЛ): пособие для врачей / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс.— СПб.: Изд-во НИПИ им. В. М. Бехтерева, 2002.— 31 с.
9. The multidimensional scale of perceived social support / G. D. Zimet, N. W. Dahlem, S. G. Zimet [et al.] // J. Personality assessment.— 1988.— Vol. 52 (1).— P. 30–41.
10. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак [и др.]— Харьков: Арсис, 2004.— 239 с.
11. Балка Л. О. Індивідуально-психологічні й психосоціальні властивості пацієнтів із сечокам'яною хворобою одної або єдиної нирки / Л. О. Балка // Мед. психологія.— 2014.— № 2.— С. 74–81.

КЛИНИКО-ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ В ГЕНЕЗЕ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОДНОЙ ИЛИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ

Л. А. БАЛКА

Представлен анализ результатов комплексного изучения особенностей дезадаптации пациентов с мочекаменной болезнью одной или единственной почки. Подчеркнута взаимосвязь индивидуально-психологических и патоперсоналогических феноменов с психосоциальными факторами в генезе нарушений адаптации. Описаны наиболее измененные факторы взаимодействия в микро- и макроокружении пациентов. Разработаны стратегические пути оптимизации качества жизни и медико-психологических интервенций.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, болезнь одной или единственной почки, психическая дезадаптация, качество жизни, психосоциальные факторы, индивидуально-психологические особенности, психодиагностика.

CLINICAL PATHOPSYCHOLOGICAL, INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL FACTORS IN THE ORIGIN OF DEADAPTATION IN PATIENTS WITH UROLITHIASIS OF ONE OR SINGLE KIDNEY

L. O. BALKА

The analysis of a complex investigation of the characteristics of deadaptation in patients with urolithiasis of one or single kidney is presented. The relationship of individual and psychological and pathopersonology phenomena and psychosocial factors in the origin of adaptation disorders is emphasized. The most modified factors of interactions in the micro- and macroenvironment of the patients are described. Strategic ways to optimize the quality of life and medicopsychological interventions were developed.

Key words: urolithiasis, disease of one or single kidney, psychological deadaptation, quality of life, psychosocial factors, individual psychological characteristics, psychodiagnosis.

Надійшла 16.09.2014