

DOI: 10.15825/1995-1191-2025-3-55-65

# ОТДЕЛЬНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ТРАНСПЛАНТАЦИИ ДОНОРСКОЙ ПОЧКИ

*Е.В. Дубинина, М.С. Нестерова*

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

**Цель:** выявление отдельных психологических характеристик людей с терминальной стадией хронической болезни почек (тХБП), проходящих обследование для постановки в лист ожидания, а также находящихся в листе ожидания трансплантации донорской почки. **Материалы и методы.** Выдвинута гипотеза о том, что у людей с тХБП наблюдается взаимосвязь показателей семейной тревоги с наличием слабых психологических границ, депрессивным состоянием, а также с неспособностью осознавать и выражать свои истинные чувства. Для проверки гипотезы были выбраны следующие методики и опросники: методика диагностики уровня развития рефлексивности А.В. Карпова, Шкала для оценки депрессии (BDI), опросник «Суверенность психологического пространства – 2010», методика «Торонтская шкала алекситимии» (TAS-20), опросник «Анализ семейной тревоги» (АСТ). Выборку составили 60 человек в возрасте от 18 лет до 71 года. Из них 30 респондентов с тХБП – основная группа, и 30 респондентов, не имеющих данного заболевания – контрольная группа. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы SPSS Statistics версии 27.0. **Результаты.** В ходе исследования установлено, что у пациентов с тХБП действительно пониженный уровень рефлексивности ( $p \leq 0,01$ ). Уровень депрессивности, сохранности личных границ, способность идентифицировать и описывать свои чувства у пациентов с тХБП и здоровых людей значимо не отличаются ( $p > 0,05$ ), а уровень семейной тревожности у них ниже, чем у здоровых людей ( $p \leq 0,05$ ). Исследование связей между рассматриваемыми показателями позволило установить наличие прямой зависимости между уровнем депрессивности и неспособностью пациентов с тХБП осознавать и идентифицировать свои чувства ( $R = 0,491$ ;  $p \leq 0,01$ ), а также их тревожностью ( $R = 0,418$ ;  $p \leq 0,05$ ) и напряженностью ( $R = 0,640$ ;  $p \leq 0,01$ ). Установлена обратная связь между способностью осознавать свое внутреннее состояние и принимать взвешенные решения и уровнем ощущения ими безопасности своих границ, физического пространства, в котором находятся ( $R = -0,385$ ;  $p \leq 0,05$ ). Установлена прямая зависимость уровня депрессивности у пациентов с тХБП от времени, проведенного на гемодиализе. **Заключение.** Учет психологических характеристик пациентов с тХБП является важным элементом в процессе подготовки пациентов к операции трансплантации донорской почки, а также дальнейшей адаптации к обычной жизни.

*Ключевые слова:* психологические характеристики, терминальная стадия ХБП.

**Для корреспонденции:** Дубинина Екатерина Вадимовна. Адрес: 123182, Москва, ул. Щукинская, д. 1. Тел. (985) 828-46-96. E-mail: gavr9094@mail.ru

**Corresponding author:** Ekaterina Dubinina. Address: 1, Shchukinskaya str., Moscow, 123182, Russian Federation. Phone: (985) 828-46-96. E-mail: gavr9094@mail.ru

# PSYCHOLOGICAL PROFILES OF END-STAGE RENAL DISEASE PATIENTS UNDERGOING PRE-TRANSPLANT EVALUATION

*E.V. Dubinina, M.S. Nesterova*

Shumakov National Medical Research Center of Transplantology and Artificial Organs, Moscow, Russian Federation

**Objective:** to identify specific psychological characteristics of individuals with end-stage renal disease (ESRD) who are undergoing evaluation for inclusion on the kidney transplant waiting list, as well as those already on the list. **Materials and methods.** The study was based on the hypothesis that individuals with ESRD exhibit a correlation between family-related anxiety and psychological traits such as weak personal boundaries, depressive symptoms, and difficulty recognizing and expressing emotions. To test this hypothesis, the following validated instruments were employed: Karpov's Reflexivity Diagnostic Method, Beck Depression Inventory (BDI), the Sovereignty of Psychological Space Questionnaire – 2010, Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and Family Anxiety Analysis Questionnaire (FAA). The study sample included 60 people aged 18 to 71 years. The main group consisted of 30 respondents diagnosed with kidney failure, while the control group included 30 ESRD-free individuals. Statistical analysis was conducted using SPSS Statistics version 27.0. **Results.** The study found that patients with ESRD exhibited reduced levels of reflexivity compared to the control group ( $p \leq 0.01$ ). However, no statistically significant differences were observed between the groups in terms of depression levels, personal boundary preservation, or the ability to identify and describe emotions ( $p > 0.05$ ). ESRD patients reported lower levels of family-related anxiety than the healthy individuals ( $p \leq 0.05$ ). Correlation analysis revealed a significant positive relationship between depression and the difficulty in recognizing and identifying emotions among ESRD patients ( $R = 0.491, p \leq 0.01$ ), as well as between depression and levels of anxiety ( $R = 0.418, p \leq 0.05$ ) and psychological tension ( $R = 0.640, p \leq 0.01$ ). An inverse correlation was found between the ability to recognize internal states and make informed decisions, and the perceived sense of security within one's physical and psychological space ( $R = -0.385, p \leq 0.05$ ). Additionally, a direct correlation was identified between the level of depression and the duration of hemodialysis treatment in the ESRD population. **Conclusion.** The findings underscore the importance of considering psychological factors in the pre-transplant assessment and preparation of patients with kidney failure. Incorporating psychological evaluation into the transplant protocol may enhance both surgical outcomes and long-term adaptation to post-transplant life.

*Keywords:* *psychological characteristics, end-stage CKD.*

## ВВЕДЕНИЕ

Хронической болезнью почек страдает около 13% людей в мире [1]. Данные одинаковы как для стран с высоким уровнем жизни, так и для развивающихся стран. При этом с каждым годом таких пациентов становится больше на 10%.

Выявление заболевания почек нередко происходит на стадии, когда болезнь уже всю прогрессирует, поскольку зачастую она протекает бессимптомно.

Иногда врачам приходится сталкиваться с тем, что несмотря на все усилия и проводимые мероприятия на стадии медикаментозного лечения, проведения заместительной почечной терапии в виде гемодиализа и перитонеального диализа после трансплантации происходит ухудшение состояния пациента, отторжение трансплантата. И не всегда такое ухудшение можно объяснить.

По нашему мнению, одним из важных факторов, о котором также стоит помнить при любом заболевании человека, является его психика. Вопросам учета психологических факторов в восстановлении здоровья и послеоперационного долголетия пациентов с терминальной стадией хронических заболеваний

посвящено немало работ российских и зарубежных авторов, в частности В.С. Готье, Н.Ф. Климушевой, Н.П. Баранской, Т.В. Шмаковой, М.А. Симоненко, П.А. Федотова, А.О. Шевченко, Т.А. Халилулина, К. Кукова, А. Джорджановой [1–6].

В работах Н.П. Ванчаковой, Н.Н. Петровой, И.А. Васильевой, Е.В. Бабарькиной, В.А. Добролюбова, В.Н. Баранецкой, F. Guerra, Di D. Giacomo и др. внимание уделяется пациентам, находящимся на гемодиализе [7–12].

Настоящая статья – это исследование отдельных свойств, характеристик личности психосоматического пациента с терминальной стадией ХБП (далее – тХБП). Вопрос психологического портрета таких пациентов рассматривался, например, с использованием многофакторного опросника Кеттела [9]. Нами взяты другие методики и проведены исследования черт личности таких пациентов в сравнении с людьми, не страдающими ХБП (в целях настоящего исследования назовем их здоровыми).

**Цель исследования:** выявить отдельные психологические характеристики людей с тХБП и проходящих обследование для постановки в лист ожидания,

а также находящихся в листе ожидания трансплантации донорской почки.

**Актуальность исследования:** понимание психологических особенностей пациентов с тХБП может способствовать успешной физической, психологической и социальной адаптации пациентов как до, так и после проведения операции трансплантации донорской почки, и как следствие, снижению рисков отторжения трансплантата.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Эмпирический материал, представленный в настоящей статье, собран в 2024 году.

В целях исследования были выбраны следующие характеристики, присущие людям, имеющим психосоматические заболевания:

- сниженная рефлексивность, т. е. сниженная способность к анализу и оценке происходящего, к самоанализу в конкретных жизненных ситуациях, низкая степень развернутости процессов принятия решения (склонность к импульсивности при принятии решений);
- депрессивность;
- пониженный уровень суверенности психологического пространства, т. е. сохранности личных границ;
- повышенный уровень алекситимичности, т. е. неспособности идентифицировать и описывать свои чувства, понимать чужие эмоции; внешне ориентированное мышление;
- повышенный уровень общей семейной тревожности, в том числе ее составляющих: вины, тревожности и напряженности.

Выдвинута гипотеза о том, что у людей с тХБП наблюдается взаимосвязь показателей семейной тревоги с наличием слабых психологических границ, депрессивным состоянием, а также с неспособностью осознавать и выражать свои истинные чувства.

Для проверки гипотезы были выбраны следующие методики и опросники: методика диагностики уровня развития рефлексивности А.В. Карпова, Шкала для оценки депрессии А. Бека (BDI) (в адаптации Н.В. Тарабриной), опросник «Суверенность психологического пространства – 2010» С.К. Нартовой-Бочавер, методика «Торонтская шкала алекситимии» (TAS-20) G. Taylor, D. Ryan, R. Bagby (в адаптации Е.Г. Старостиной и др.), опросник «Анализ семейной тревоги» (АСТ) Э. Эйдемиллера и В. Юстицкиса.

Выборку составили 60 человек в возрасте от 18 лет до 71 года (средний возраст – 41,8), в том числе 66,7% женщин и 33,3% мужчин. Из них 30 респондентов с тХБП (20 человек, проходящих обследование для постановки в лист ожидания трансплантации донорской почки, и 10 человек, находящихся в указанном листе ожидания) – основная (экспериментальная) группа, и 30 респондентов, не имеющих данного

заболевания – контрольная группа. Все участники дали информационное согласие на участие в исследовании.

Исследование проводилось среди пациентов ФГБУ «НМИЦ трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» Минздрава России, а также в сети Интернет путем заполнения опросников с применением Google Forms (для формирования контрольной группы). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы SPSS Statistics версии 27.0.

Доля женщин в основной группе составила 53,3%, в контрольной – 73,3%, мужчин соответственно 46,7 и 26,7%. При этом по пропорциональному количеству мужчин и женщин основная и контрольная группы статистически не различаются ( $p > 0,05$ ). Возраст респондентов основной группы от 18 лет до 71 года, контрольной – от 18 до 63 лет. Средний возраст респондентов основной группы 41,13 года, контрольной группы – 42,46 года. Таким образом, по возрасту респонденты основной и контрольной группы не отличаются ( $p > 0,05$ ).

Отсутствие статистических отличий респондентов по половозрастным характеристикам имеет значение для дальнейшего правомерного сравнения их психологических особенностей.

Респонденты основной группы также исследовались исходя из таких показателей, как длительность прохождения диализа и длительность нахождения в листе ожидания трансплантации донорской почки. Медиана времени, проведенного на гемодиализе, – 1,9 года. Время прохождения диализа у пациентов с тХБП в основном составляет от месяца до 4 лет, лишь в единичных случаях превышает 4 года. Треть пациентов уже состоят в листе ожидания, а остальные только проходят обследование перед включением в лист ожидания. Длительность нахождения в листе ожидания в основном до 1,1 года, и лишь в единичных случаях длительность ожидания превышает срок в 2 года.

На начальном этапе была проведена обработка результатов тестов в соответствии с ключами, оценка средних значений, распределения по степени выраженности тех или иных психологических особенностей, а затем проведена статистическая обработка данных в соответствии с выдвинутой гипотезой.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Ниже в табл. 1 приведены результаты анализа респондентов основной и контрольной групп по уровню рефлексивности.

Согласно представленным в табл. 1 данным, по уровню рефлексивности пациенты с тХБП распределились на две равные группы: с низким и средним уровнем. Высокий уровень рефлексивности у них отсутствует. При этом у респондентов контрольной

группы выражены все три уровня рефлексивности, наибольшая доля приходится на средний уровень рефлексивности – 63,3%.

Таким образом, основная группа характеризуется более низким уровнем рефлексивности в целом. Иными словами, для пациентов с тХБП характерно сниженное внимание к своему внутреннему состоянию, большая импульсивность в принятии решений.

Далее рассмотрим выраженность депрессивности у респондентов обеих групп.

Согласно представленным в табл. 2 данным, депрессивность у респондентов обеих групп характеризуется тремя уровнями: отсутствие симптомов, умеренная и выраженная. При этом в основной группе по сравнению с контрольной снижена доля тех респондентов, у которых признаки депрессии отсутствуют, на фоне более высокого уровня умеренной и выраженной депрессии. В целом степень выраженности депрессии у пациентов с тХБП не сильно отличается от здоровых людей.

Рассмотрим результаты анализа суверенности психологического пространства (СПП) по пациентам и здоровым людям.

Представленные в табл. 3 данные показывают, что у пациентов с тХБП высокий уровень чаще всего встречается по показателю суверенности физического тела и реже всего – по суверенности социальных связей. Это означает, что для них нехарактерна свобода в выборе друзей и круга общения, их социальная жизнь подвержена контролю на фоне отсутствия попыток нарушить их соматическое благополучие со стороны значимых близких. Это подтверждает результаты проводимых ранее исследований [7, 8] о значительной фрустрированности потребности в

социальных достижениях у пациентов, проходящих лечение гемодиализом.

У респондентов контрольной группы высокий уровень чаще всего встречается по шкалам суверенности социальных связей и суверенности мира вещей, реже – по показателям суверенности территории и суверенности привычек.

В целом у респондентов с тХБП преобладает уважение к соматическому благополучию и личной собственности, к выбору мировоззрения, а также переживание безопасности физического пространства, и наименее важен показатель независимости в выборе круга своего общения. В то же время для респондентов контрольной группы на первом месте стоит именно независимость в выборе круга своего общения, а также уважение к собственности, соматическому благополучию и свобода мировоззрения.

Уровень суверенности социальных связей в контрольной группе (50,0%) значительно отличается от его уровня в группе пациентов (23,3%). Одной из возможных причин такой ситуации может являться «привязанность» к аппарату диализа и построение своей жизни с учетом графика диализа, а также то, что здоровье в этой ситуации становится главной жизненной ценностью для таких пациентов.

В табл. 4 представлены результаты выраженности алекситимии как неспособности распознавать и описывать свои чувства.

Почти у половины пациентов с тХБП средний уровень алекситимии, у трети – низкий, у остальных – высокий. У респондентов контрольной группы единичный случай высокого уровня алекситимии, у остальных – средний и низкий уровни алекситимии. Иными словами, пациенты с тХБП в целом имеют

Таблица 1

**Результаты анализа респондентов по уровню рефлексивности**  
**Levels of reflectivity among respondents**

Группа	Уровень рефлексивности					
	Низкий		Средний		Высокий	
	Количество	Доля	Количество	Доля	Количество	Доля
Основная	<b>15</b>	50,0%	15	50,0%	<b>0</b>	0,0%
Контрольная	7	23,3%	19	63,3%	4	13,4%

Таблица 2

**Выраженность депрессивности**  
**Severity of depression among respondents**

Признаки симптомов депрессии	Основная группа		Контрольная группа	
	Количество	Доля	Количество	Доля
Отсутствуют симптомы депрессии	17	56,7%	21	70,0%
Умеренная депрессия	10	33,3%	7	23,3%
Выраженная депрессия	3	10,0 %	2	6,7%
Итого	30	100,0%	30	100,0%

больше сложностей с идентификацией и выражением своих чувств по сравнению со здоровыми людьми.

Теперь рассмотрим в разрезе каждой группы распределение респондентов по показателям уровня семейной тревоги (АСТ) – общей семейной тревожности и ее составляющих: вины, тревожности и напряженности.

Представленные в табл. 5 данные свидетельствуют о том, что для пациентов с тХБП нехарактерны чувства вины, тревожности, напряженности и се-

мейной тревожности в целом. У 10% пациентов повышена только семейная напряженность, то есть нет естественной расслабленности при проведении совместного времени с членами семьи.

Для респондентов контрольной группы также характерно проявление семейной вины, тревожности и напряженности в пределах нормы.

А теперь рассмотрим взаимосвязь указанных выше характеристик. В этих целях проведен анализ различий изучаемых психологических характеристик

Таблица 3

**Результаты анализа суверенности психологического пространства**  
**Sovereignty of psychological space among respondents**

Показатель	Кол-во / %	Основная группа				Контрольная группа			
		Низкий	Средний	Высокий	Итого	Низкий	Средний	Высокий	Итого
Суверенность физического тела	n	10	6	14	30	10	7	13	30
	%	33,3%	20,0%	<b>46,7%</b>	100%	33,3%	23,3%	43,3%	100%
Суверенность территории	n	12	5	13	30	13	7	10	30
	%	40%	16,70%	43,30%	100%	43,3%	23,3%	33,3%	100%
Суверенность мира вещей	n	12	5	13	30	10	6	14	30
	%	40,0%	16,7%	43,3%	100%	33,3%	20,0%	<b>46,7%</b>	100%
Суверенность привычек	n	10	9	11	30	10	10	10	30
	%	33,3%	30%	36,7%	100%	33,3%	33,3%	33,3%	100%
Суверенность социальных связей	n	11	12	7	30	10	5	15	30
	%	36,7%	40,0%	<b>23,3%</b>	100%	33,3%	16,7%	<b>50,0%</b>	100%
Суверенность ценностей	n	12	5	13	30	11	6	13	30
	%	40%	16,7%	43,3%	100%	36,7%	20%	43,3%	100%
Суверенность психологического пространства личности	n	10	8	12	30	10	8	12	30
	%	33,3%	26,7%	40%	100%	33,3%	26,7%	40,0%	100%

Таблица 4

**Выраженность алекситимии**  
**Severity of alexithymia among respondents**

Уровень алекситимии	Основная группа		Контрольная группа	
	Количество	Доля	Количество	Доля
Низкий	11	36,7%	13	43,4%
Средний	14	46,7%	16	53,3%
Высокий	5	<b>16,7%</b>	1	3,3%
Итого	30	100,0%	30	100,0%

Таблица 5

**Распределение респондентов по показателям уровня семейной тревоги**  
**Distribution of respondents by family anxiety level indicators**

Показатели	Основная группа				Контрольная группа			
	Норма		Повышенный уровень		Норма		Повышенный уровень	
	Количество	Доля	Количество	Доля	Количество	Доля	Количество	Доля
Вина	30	100%	0	0%	30	100%	0	0%
Тревожность	30	100%	0	0%	29	96,7%	1	<b>3,3%</b>
Напряженность	27	90%	3	<b>10%</b>	29	96,7%	1	<b>3,3%</b>
Уровень общей семейной тревожности	30	100%	0	0%	30	100%	0	0%

между пациентами с тХБП и респондентами контрольной группы. Анализ различий количественных переменных проведен с использованием критерия U Манна–Уитни для двух независимых групп, а при характеристике центральных мер и разброса оценены медиана и нижний и верхний квартили в связи с несоответствием распределения по большинству шкал нормальному распределению и преобладанием порядковой шкалы измерения переменных.

Ниже в табл. 6 приведены различия по результатам сравнительного анализа рефлексивности, депрессивности, алекситимии, суверенности психологического пространства и тревожности и их составляющих.

Согласно приведенным в табл. 6 данным, значимые различия между респондентами основной и контрольной групп установлены только по уровню рефлексивности ( $p \leq 0,05$ ) и по показателям опросника АСТ: вина ( $p \leq 0,01$ ), напряженность и уровень общей семейной тревожности ( $p \leq 0,05$ ).

Медиана рефлексивности в контрольной группе значимо выше, чем медиана рефлексивности в основной группе. Средний показатель вины перед членами семьи у пациентов с тХБП значительно ниже (более чем у половины пациентов нулевые значения), чем у респондентов контрольной группы (от 0 до 2 баллов из пяти). Напряженность в семье, а также уровень

общей семейной тревожности у пациентов с тХБП умеренно ниже, чем у респондентов контрольной группы. Таким образом, семейная тревожность у пациентов с тХБП ниже, чем у здоровых людей.

Анализ показателей депрессивности (общий показатель, а также когнитивно-аффективной шкалы и шкалы соматизации) свидетельствует об отсутствии значимых отличий у пациентов с тХБП от людей, не имеющих данного заболевания ( $p > 0,05$ ), что не соответствует результатам исследований о наличии психических расстройств у пациентов с тХБП, находящихся на гемодиализе (более подробно данный вопрос рассмотрен в разделе «Обсуждение»).

Также был проведен анализ значимых различий основных показателей рефлексивности, депрессии, алекситимии, суверенности и семейной тревожности внутри основной группы между пациентами, состоящими в листе ожидания, и пациентами, проходящими обследование для включения в лист ожидания на трансплантацию почки. По результатам выявлены умеренные различия только в части рефлексивности ( $p \leq 0,05$ ).

Согласно данным, приведенным в табл. 7, рефлексивность у пациентов, только проходящих обследование для постановки в лист ожидания, умеренно ниже, чем у пациентов, которые находятся в листе

Таблица 6

**Результаты сравнительного анализа характеристик респондентов**  
**Comparative analysis of psychological characteristics of respondents**

Тестовые показатели	Основная группа, n = 30		Контрольная группа, n = 30		Уровень асимптотической значимости (U Манна–Уитни)
	Me	Q25%–Q75%	Me	Q25%–Q75%	
<b>Рефлексивность</b>	3,5	1–4	5	3,75–6	<b>&lt;0,001**</b>
Когнитивно-аффективная субшкала	3,5	1–7	3,5	1–6,5	0,789
Субшкала соматизации	5	2,75–7,25	3	1–6	0,078
<b>Депрессия</b>	9	5–13,25	7,5	2,75–10,25	0,208
Трудность идентификации чувств (ТИЧ)	16	12,75–23	16,5	12–20,5	0,436
Трудность описания чувств другим (ТОЧ)	12	8,75–15	11,5	9–16	0,688
Внешне-ориентированный тип мышления (ВОМ)	18	12,75–23,25	14	12,75–9	0,072
<b>Алекситимия</b>	46	35,5–62,25	44,5	35,75–53,25	0,277
Суверенность физического тела (СФТ)	4	2–6,5	4	2–8	0,958
Суверенность территории (СТ)	6	2–8	5	1,5–8	0,471
Суверенность мира вещей (СВ)	5	2–9,5	5	2,5–7	0,487
Суверенность привычек (СП)	6	3,5–8	6	1,5–8,5	0,454
Суверенность социальных связей (СС)	3	1–3,5	2	–1...5	0,241
Суверенность ценностей (СЦ)	4	0–8	4	–2...8,5	0,8
<b>Суверенность психологического пространства личности (СПП)</b>	29	15–41,5	27	12,5–37,5	0,487
Вина	0,13	0–0	0,77	0–2	<b>0,006**</b>
Тревожность	0	0–1	0	0–2	0,265
Напряженность	1	0–2	2	1–3	<b>0,031*</b>
<b>Уровень общей семейной тревожности (АСТ)</b>	0,33	0–1	0,67	0,33–1,75	<b>0,02*</b>

Примечание. \* – Различия достоверны на уровне  $p \leq 0,05$ ; \*\* – различия достоверны на уровне  $p \leq 0,01$ .

Note. \* – Differences are significant at the  $p \leq 0.05$  level; \*\* – differences are significant at the  $p \leq 0.01$  level.

ожидания на трансплантацию почки. Иными словами, у пациентов до постановки в лист ожидания рефлексивность совсем низкая, а после попадания в лист ожидания рефлексивность немного повышается, но остается сниженной. Отсутствие высокой рефлексивности в целом у пациентов с тХБП, значительно

более низкие медианные значения рефлексивности по сравнению с контрольной группой могут говорить о низкой рефлексивности как отличительной черте пациентов с тХБП.

Следует отметить, что повышенный уровень чувства вины перед членами семьи, напряженность и общая семейная тревожность оказались совсем не присущи пациентам с тХБП.

С учетом полученных результатов по основной группе в ходе исследования было также высказано предположение, что депрессивность пациентов с тХБП связана с возрастом и временем, проведенном на гемодиализе. Для проверки этого предположения был проведен корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции Спирмена. Результаты анализа основной группы представлены в виде корреляционной плеяды на рис. 1.

Центральной в корреляционной плеяде является связь времени нахождения на диализе с депрессией ( $R = 0,391$ ;  $p \leq 0,05$ ), которая, в свою очередь, связана с рядом других психологических характеристик. Иными словами, с увеличением времени нахождения на гемодиализе увеличивается депрессия и связан

Таблица 7

**Результаты анализа значимых различий характеристик внутри группы пациентов с тХБП**

**Analysis of significant intragroup differences in psychological characteristics among Patients with ESRD**

	тХБП – обследование на включение в ЛО		тХБП – в ЛО на трансплантацию почки		Уровень асимптотической значимости (U Манна–Уитни)
	Me	LQ – HQ	Me	LQ – HQ	
Рефлексивность	3	1–4	4	3,25–4,25	0,04*

Примечание. \* Различия достоверны на уровне  $p \leq 0,05$ .

Note. \* – Differences are significant at the  $p \leq 0.05$  level.

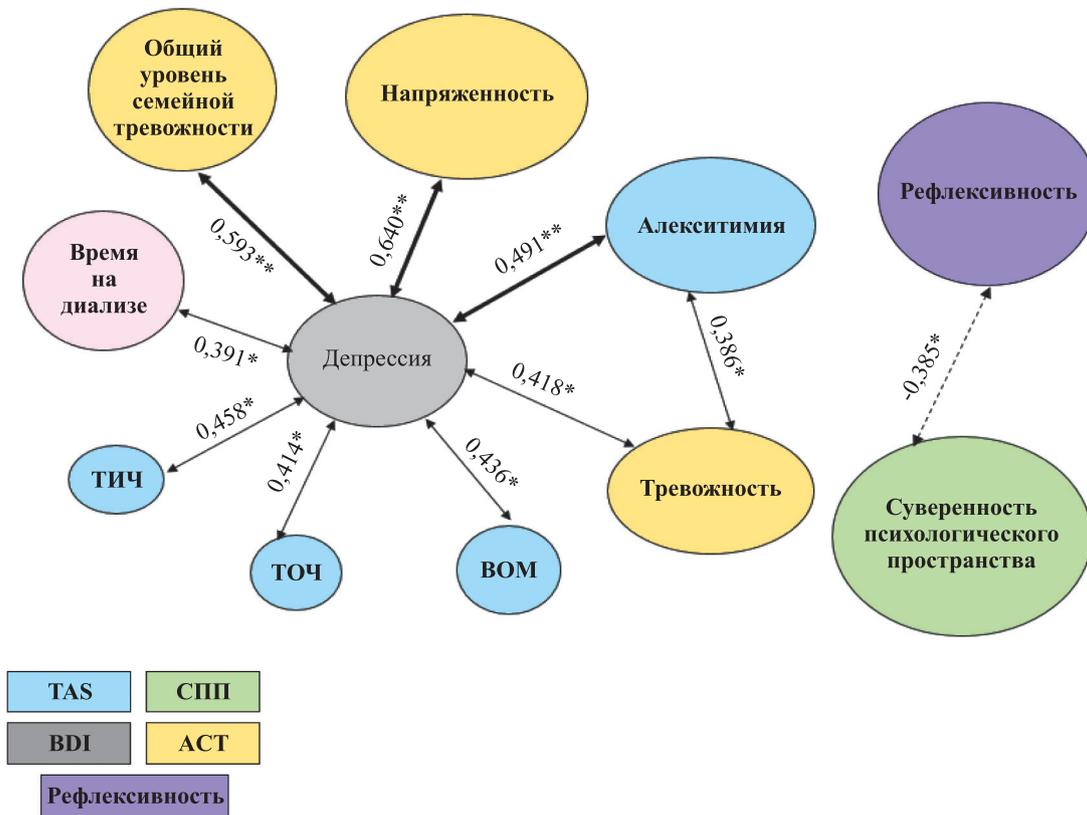


Рис. 1. Значимые связи депрессивности пациентов с тХБП с другими характеристиками и сроком прохождения гемодиализа. \* – Связь достоверна на уровне  $p \leq 0,05$ ; \*\* – связь достоверна на уровне  $p \leq 0,01$ ; ——— – прямая тесная связь; ——— – прямая умеренная связь; - - - - - – обратная умеренная связь

Fig. 1. Significant correlations between depression in patients with CKD, and other psychological characteristics and duration of hemodialysis. \* – Correlation is significant at  $p \leq 0.05$ ; \*\* – correlation is significant at  $p \leq 0.01$ ; ——— – positive strong correlation; ——— – positive moderate correlation; - - - - - – negative moderate correlation

ные с ней напряженность, семейная тревожность, алекситимия и ее проявления: трудности с идентификацией чувств, трудности с описанием чувств и внешне ориентированное мышление. Кроме того, рефлексивность и суверенность территории имеют обратно пропорциональную связь ( $R = -0,385$ ;  $p \leq 0,05$ ). Иными словами, чем ниже рефлексивность у пациентов с тХБП, тем лучше они ощущают безопасность физического пространства, в котором находятся.

Таким образом, длительное пребывание на гемодиализе приводит к депрессии, которая, в свою очередь, провоцирует проявления алекситимии как способа ухода от реальности, отстраненности, и росту напряженности и семейной тревожности. Вывод о связи длительности лечения гемодиализом с ухудшением психического здоровья пациентов подтверждает ранее проводившиеся исследования [7, 10].

Теперь рассмотрим связи в контрольной группе, представленные на рис. 2.

При высокой депрессии имеет место высокий уровень напряженности в семье и низкий уровень суверенности территории, мира вещей, привычек и в целом психологического пространства личности. Депрессия связана с гораздо меньшим количеством характеристик и отрицательно с суверенностью. Кроме того, депрессия респондентов контрольной группы напрямую не связана с компонентами алекситимии и самой алекситимией, только опосредованно, через суверенность мира вещей.

В отличие от респондентов контрольной группы у пациентов с тХБП депрессия не связана с суверенностью территорий и с суверенностью мира вещей ( $p > 0,05$ ). Также на контрасте с контрольной группой у пациентов с тХБП установлены дополнительные связи депрессии с показателями семейной тревожности и с общим показателем алекситимии и ее компонентами.

Рефлексивность в контрольной группе не связана с другими психологическими характеристиками

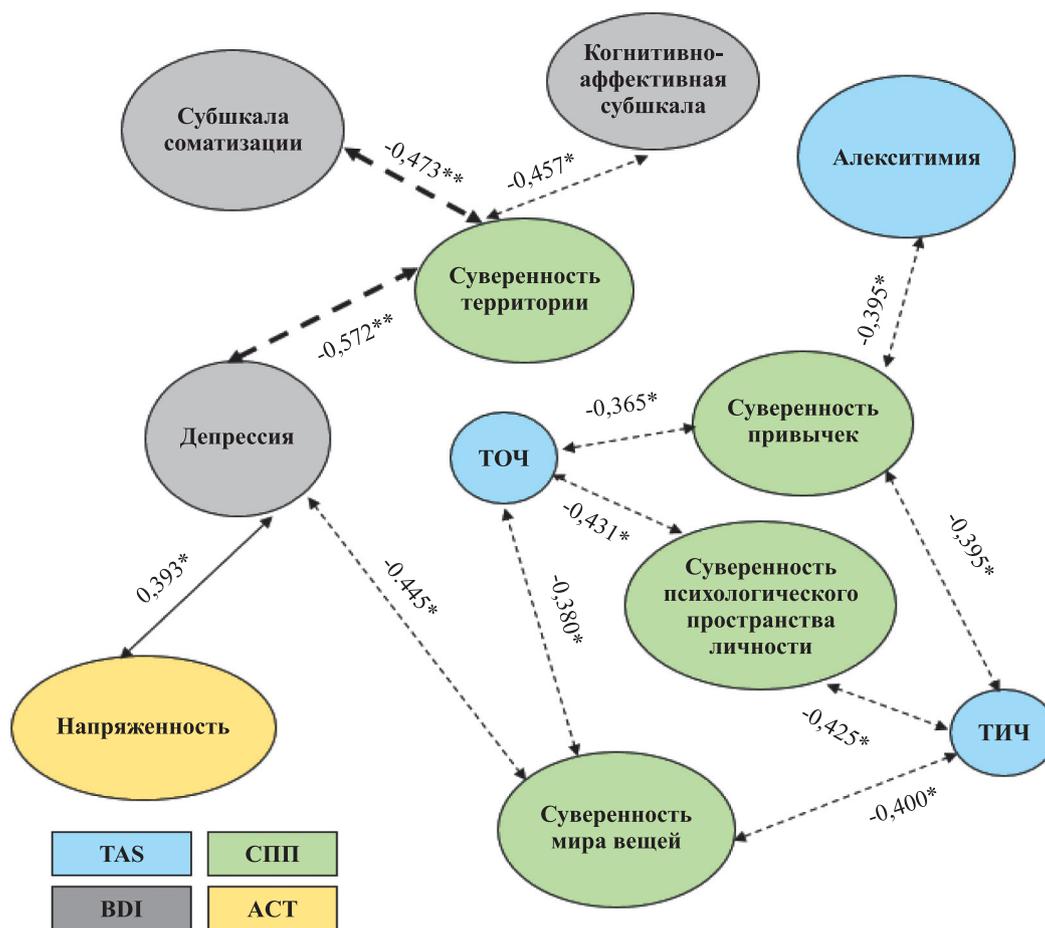


Рис. 2. Значимые связи респондентов контрольной группы. \* – Связь достоверна на уровне  $p \leq 0,05$ ; \*\* – связь достоверна на уровне  $p \leq 0,01$ ; - - - - обратная тесная связь; - - - - - обратная умеренная связь; — — — — прямая умеренная связь

Fig. 2. Significant psychological associations among respondents in the control group. \* – Correlation is significant at  $p \leq 0,05$ ; \*\* – correlation is significant at  $p \leq 0,01$ ; - - - - negative close correlation; - - - - - negative moderate correlation; — — — — positive moderate correlation

( $p > 0,05$ ), при этом установлена связь депрессии с другими показателями. Указанное позволяет сделать предположение, что сниженная рефлексия пациентов – это качество, присущее изначально, а не приобретенное в результате болезни. Возможно, это является результатом протравивания защит и отрешенности от своего тела в целях обеспечения безопасного пространства вокруг себя. Такие решения о создании психологически безопасного пространства за счет отрешенности от своего тела часто принимаются в детстве как ответная реакция на психотравмирующее событие.

Далее рассмотрим связь возраста с проявлениями депрессии и другими показателями для обеих групп респондентов. Значимые связи возраста респондентов основной и контрольной группы с показателями рефлексивности, депрессивности, алекситимии, суверенности и тревожности приведены в табл. 8.

У респондентов контрольной группы возраст не связан с показателями рефлексивности, депрессивности, алекситимии, суверенности и семейной тревожности ( $p > 0,05$ ).

У пациентов с тХБП не выявлена связь возраста с рефлексивностью, с показателями суверенности и семейной тревоги ( $p > 0,05$ ). При этом возраст пациентов с тХБП умеренно положительно связан с показателем депрессии – субшкалой соматизации, с показателями алекситимии: с трудностью идентификации своих чувств, с трудностью описания чужих чувств

Таблица 8

### Значимые связи возраста респондентов с их характеристиками

#### Significant correlations between respondents' age and psychological characteristics

Показатели	R/p	Возраст, лет	
		Основная группа	Контрольная группа
Субшкала соматизации	R	<b>0,384*</b>	0,361
	p	0,036	0,05
ТИЧ	R	<b>0,394*</b>	-0,017
	p	0,033	0,976
ТОЧ	R	<b>0,396*</b>	0,102
	p	0,030	0,594
Алекситимия	R	<b>0,408*</b>	0,169
	p	0,025	0,373

*Примечание.* R – коэффициент корреляции Спирмена; p – уровень асимптотической значимости; \* – связь достоверна на уровне  $p \leq 0,05$ ; \*\* – связь достоверна на уровне  $p \leq 0,01$ .

*Note.* R – Spearman's correlation coefficient; p – asymptotic significance level; \* – differences are significant at the  $p \leq 0.05$  level; \*\* – differences are significant at the  $p \leq 0.01$  level.

и с общим показателем алекситимии. Таким образом, для пациентов с тХБП более старшего возраста характерны затруднения с идентификацией своих чувств и их описанием, соматизация, т. е. склонность вытеснять негативные чувства и проживать их в виде физических (соматических) симптомов. Это может свидетельствовать о срабатывании психологических защит.

Подобные связи возраста с «психологическими характеристиками» совсем не характерны для респондентов контрольной группы.

Тем самым можно предположить, что с возрастом соматизация, т. е. ухудшение здоровья, усиливается. Также пациентам с тХБП свойственно с возрастом отстраняться от своих переживаний и дистанцироваться от других людей.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные результаты по такому показателю, как депрессивность, отличаются от результатов других исследователей. В частности, ряд исследователей [7–9] отмечают выраженные депрессивные и тревожные расстройства у пациентов с тХБП, находящихся на гемодиализе.

Наше исследование показало наличие связи длительности лечения гемодиализом с ростом депрессивности [7–10].

Вместе с тем в ходе настоящего исследования не подтвердились наши предположения в части уровней депрессии, сохранности личных границ, способности идентифицировать и описывать свои чувства и уровня семейной тревожности (в том числе чувства вины, напряженности, тревоги) у пациентов с тХБП. Указанное, по нашему мнению, связано с наличием и активизацией психологических защит пациентов (в том числе вытеснением, отрицанием) в целях их психологической адаптации к ситуации гемодиализа и подчинения ей своего образа жизни. Кроме того, выраженность тревоги может быть снижена за счет глубокой астении [7].

Относительно показателей алекситимии можно отметить следующее. Считается, что показатели алекситимии (трудность с идентификацией и описанием чувств, а также наличие внешне ориентированного мышления) отражают дефицит когнитивной переработки и регуляции эмоций. Она связана с целым рядом соматических и психических расстройств, в т. ч. склонностью к соматизации [13]. Алекситимия сопровождается ангедонией (отсутствием радости) и склонностью к недифференцированным отрицательным эмоциям. В нашем исследовании установлена прямая связь алекситимии с тревожностью.

По мнению Н.П. Ванчаковой, сохранение социальной активности (повышение качества жизни) больных с тХБП, получающих гемодиализ, осу-

ществляется за счет механизмов, увеличивающих их невротизацию [7, 8].

В работе Н.Н. Петровой и И.А. Васильевой установлено, что «трансформация системы жизненных ценностей, актуальность поиска смысла жизни, необходимость приспособления к новым условиям жизни, искусственно созданным при лечении гемодиализом, воздействие на психику больных специфических психотравмирующих факторов, связанных с гемодиализом, ведет к активизации психологической защиты» [9].

В работе С.В. Готье и соавт. было показано, что реципиентам почки психологически сложно интегрировать донорский орган в образ своего тела. Вне зависимости от того, получили ли они донорскую почку или находятся на диализе, они ощущают угрозу своей целостности. Указанное свидетельствует о том, что их эмоциональных ресурсов не хватает, чтобы справиться с изменениями в течении болезни. Для решения этого вопроса необходима реабилитация пациентов с тХБП в течение всего процесса лечения, с момента постановки в лист ожидания до послеоперационного сопровождения, включая полное возвращение к обычной жизни. Такая реабилитация должна быть комплексной – медицинской, социальной, психологической, а также доступной [2].

Проведенные зарубежными авторами исследования позволили установить, что в результате восстановления у реципиентов почки в ближайшем послеоперационном периоде целостности образа тела и эмоционального благополучия улучшаются и показатели здоровья, и значительно снижается вероятность отторжения трансплантата [2].

В рамках исследований аффективной сферы пациентов с тХБП после трансплантации также был сделан вывод о том, что по мере увеличения срока длительности их жизни с трансплантатом меняется соматическое и связанное с ним психоэмоциональное состояние. Это свидетельствует о необходимости разработки и внедрения программ психологической коррекции, направленных на улучшение психосоциальной адаптации, и как следствие, повышение стабильности функционирования трансплантата и выживаемости пациентов [11].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе исследования было установлено, что у пациентов с тХБП действительно пониженный уровень рефлексивности, т. е. у них снижена способность к самоанализу, они более импульсивны в принятии решений.

Уровень депрессивности, сохранности личных границ, а также способность идентифицировать и описывать свои чувства у пациентов с тХБП и здоровых людей значимо не отличаются, а уровень семейной тревожности (в том числе, чувства вины, на-

пряженности, тревоги) у них ниже, чем у здоровых людей.

Исследование связей между рассматриваемыми показателями позволило установить наличие прямой зависимости между уровнем депрессивности и неспособностью пациентов с тХБП осознавать и идентифицировать свои чувства, а также их тревожностью и напряженностью, т. е. повышение депрессивности, тревоги и напряженности свидетельствует о том, что они «не в контакте» со своими чувствами. Отсутствие «контакта со своими чувствами» может свидетельствовать об их подавленности.

Установлена обратная связь между способностью осознавать свое внутреннее состояние и принимать взвешенные решения и уровнем ощущения ими безопасности своих границ, физического пространства, в котором они находятся.

Кроме того, установлена прямая зависимость уровня депрессивности у пациентов с тХБП от времени, проведенного на гемодиализе, что подтверждает выводы других исследователей, сделанные ранее. Иными словами, гемодиализ, продлевая жизнь человеку, не осознающему свои чувства, провоцирует ухудшение его психического состояния. Также с возрастом увеличивается соматизация.

Сравнение пациентов с тХБП в листе ожидания и только проходящих обследование для включения в лист показало, что они отличаются лишь незначительным снижением рефлексивности у проходящих обследование, т. е. при попадании в лист ожидания повышается способность к самоанализу и снижается импульсивность при принятии решений.

Неподтверждение наших предположений в части уровней депрессии, сохранности личных границ, способности идентифицировать и описывать свои чувства и уровня семейной тревожности (в том числе чувства вины, напряженности, тревоги) у пациентов с тХБП, по нашему мнению, связано с наличием и активизацией психологических защит (в том числе вытеснением, отрицанием), в том числе в целях их психологической адаптации к ситуации гемодиализа и подчинения ей своего образа жизни. Указанное может служить подтверждением выводов ранее проводившихся исследований относительно пациентов, находящихся на гемодиализе. Вместе с тем это предположение требует дальнейших исследований.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

*The authors declare no conflict of interest.*

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis.

- PLoS One*. 2016; 11 (7): e0158765. doi: 10.1371/journal.pone.0158765. PMID: 27383068.
2. Готье СВ, Климушева НФ. Психологическая адаптация и реабилитация реципиентов донорских органов. *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. 2016; 18 (2): 37–45. Gautier SV, Klimusheva NF. Psychological adaptation and rehabilitation of recipients of donor organs. *Russian Journal of Transplantation and Artificial Organs*. 2016; 18 (2): 37–45. [In Russ, English abstract]. doi: 10.15825/1995-1191-2016-2-37-45.
  3. Климушева НФ, Баранская ЛТ, Шмакова ТВ. Психологическая реабилитация пациентов с трансплантированными органами в послеоперационный период. *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология*. 2013; 4: 99–105. Klimusheva NF, Baranskaya LT, Shmakova TV. Psihologicheskaia reabilitaciya pacientov s transplantirovannymi organami v posleoperacionnyj period. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psihologiya*. 2013; 4: 99–105. [In Russ].
  4. Симоненко МА, Федотов ПА, Ширококова ПВ, Сазонова ЮВ, Борцова МА, Березина АВ и др. Особенности личностных характеристик реципиентов после трансплантации сердца. *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. 2020; 22 (3): 62–68. Simonenko MA, Fedotov PA, Shirobokova PV, Sazonova YuV, Bortsova MA, Berezina AV et al. Personality factors in heart transplant recipients. *Russian Journal of Transplantation and Artificial Organs*. 2020; 22 (3): 62–68. [In Russ, English abstract]. doi: 10.15825/1995-1191-2020-3-62-68.
  5. Шевченко АО, Халилулин ТА, Миронков БЛ, Саятгареев РШ, Захаревич ВМ, Кормер АЯ и др. Оценка качества жизни пациентов с трансплантированным сердцем. *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. 2014; 16 (4): 11–16. Shevchenko AO, Khalilulin TA, Mironkov BL, Saitgareev RSh, Zakharevich VM, Kormer AY et al. Quality of life assessment in cardiac transplant recipients. *Russian Journal of Transplantation and Artificial Organs*. 2014; 16 (4): 11–16. [In Russ, English abstract]. doi: 10.15825/1995-1191-2014-4-11-16.
  6. Куков К, Джорджанова А. Психологические аспекты трансплантологии и органного донорства как проблема клинической психологии. *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология*. 2014; 4: 52–58. Kukov K, Dzhordzhanova A. Psihologicheskie aspekty transplantologii i organnogo donorstva kak problema klinicheskoi psihologii. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psihologiya*. 2014; 4: 52–58. [In Russ].
  7. Ванчакова НП. Психические и психосоматические расстройства у больных с разной степенью тяжести заболеваний почек и проблемами адаптации. *Нефрология*. 2002; 6 (4): 25–33. Vanchakova NP. Mental and psychosomatic disorders in patients with different degrees of renal diseases and problems of their adaptation. *Nephrology (Saint-Petersburg)*. 2002; 6 (4): 25–33. [In Russ]. doi: 10.24884/1561-6274-2002-6-4-25-33.
  8. Ванчакова НП. Опыт балинтовских групп в практике лечения больных с хронической почечной недостаточностью и хроническим гемодиализом. *Нефрология*. 2003; 7 (1): 120–125. Vanchakova NP. Experience of Balint groups with practical treatment of patients with chronic renal failure and chronic hemodialysis. *Nephrology (Saint-Petersburg)*. 2003; 7 (1): 120–125. [In Russ]. doi: 10.24884/1561-6274-2003-7-1-120-125.
  9. Петрова НН, Васильева ИА. Психологический портрет больных, находящихся на лечении методом перманентного гемодиализа. *Нефрология*. 1998; 2 (3): 84–91. Petrova NN, Vasilieva IA. Psychological portrait of patients under chronic haemodialysis. *Nephrology (Saint-Petersburg)*. 1998; 2 (3): 84–91. [In Russ]. doi: 10.24884/1561-6274-1998-2-3-84-91.
  10. Васильева ИА, Бабарыкина ЕВ, Добронравов ВА. Возрастные аспекты качества жизни у пациентов на хроническом гемодиализе. *Нефрология*. 2004; 8 (3): 32–36. Vasilieva IA, Babarykina EV, Dobronravov VA. Age-related aspects of quality of life in patients undergoing chronic hemodialysis treatment. *Nephrology (Saint-Petersburg)*. 2004; 8 (3): 32–36. [In Russ, English abstract]. doi: 10.24884/1561-6274-2004-8-3-32-36.
  11. Баранецкая ВН. Особенности аффективной сферы больных хронической почечной недостаточностью, перенесших трансплантацию почки. *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология*. 2015; 1: 63–70. Baranetskaya VN. Osobennosti affektivnoj sfery bolnykh khronicheskoi pochechnoj nedostatochnostyu, perenesshix transplantacziyu pochki. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psihologiya*. 2015; 1: 63–70. [In Russ].
  12. Guerra F, Di Giacomo D., Ranieri J., Tunno M., Piscitani L., Ferri C. Chronic Kidney Disease and Its Relationship with Mental Health: Allostatic Load Perspective for Integrated Care. *J Pers Med*. 2021; 11 (12): 1367. doi: 10.3390/jpm11121367. PMID: 34945839.
  13. Старостина ЕГ, Тэйлор ГД, Квилти ЛК, Бобров АЕ, Мошняга ЕН, Пузырева НВ и др. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2010; 4: 31–38. Starostina EG, Tejlor GD, Kvilti LK, Bobrov AE, Moshnyaga EN, Puzyreva NV et al. Torontskaya shkala aleksitimii (20 punktov): validizaciya russkoazyichnoj versii na vyborke terapevticheskix bolnykh. *Soczialnaya i klinicheskaya psixiatriya*. 2010; 4: 31–38. [In Russ].

Статья поступила в редакцию 28.04.2025 г.  
The article was submitted to the journal on 28.04.2025