

Баранская Л.Т.¹, Захаров С.В.²

Психологическая реабилитация пациентов с хронической болезнью почек, получающих лечение гемодиализом

¹ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Екатеринбург;²ООО «Диаверум Русс», Уральский медицинский центр «Клиники диализа», г. Екатеринбург

Baranskaya, L.T.1, Zakharov, S.V.

Psychological rehabilitation of patients with chronic kidney disease treated with hemodialysis

Резюме

В статье представлены научно-теоретические основы разработки психологической реабилитации пациентов с хронической болезнью почек, получающих лечение гемодиализом и создание модели ее практической реализации в работе клинического психолога. Показана необходимость психологической реабилитации, продиктованная логикой современного развития пациентцентрированной медицины, кардинального изменения базисной системы ценностей высоких биомедицинских технологий

Ключевые слова: психологическая реабилитация, пациенты с хронической болезнью почек, лечение гемодиализом

Для цитирования: Баранская Л.Т., Захаров С.В., Психологическая реабилитация пациентов с хронической болезнью почек, получающих лечение гемодиализом, Уральский медицинский журнал, №11 (194) 2020, с. 71 - 77, DOI 10.25694/URMJ.2020.11.22

Summary

The article presents the scientific and theoretical basis for the development of psychological rehabilitation of patients with chronic kidney disease receiving treatment with hemodialysis and the creation of a model of its practical implementation in the work of a clinical psychologist. The need for psychological rehabilitation, dictated by the logic of modern development of patient-centered medicine, radical change of the basic system of values of high biomedical technologies has shown

Key words: psychological rehabilitation, patients with chronic kidney disease, treatment by hemodialysis

For citation: Baranskaya, L.T., Zakharov, S.V., Psychological rehabilitation of patients with chronic kidney disease treated with hemodialysis, Ural Medical Journal, No. 11 (194) 2020, p. 71 - 77, DOI 10.25694/URMJ.2020.11.22

Введение

Согласно имеющимся данным, хроническая болезнь почек (далее – ХБП) имеет широкое распространение на территории Российской Федерации и охватывает 10-13% взрослого населения страны. При этом 6,83% всего населения страны страдает ХБП 3-5 стадии, которая сопряжена с высоким риском инвалидизации и смертностью, а также требует значительных финансовых ресурсов системы здравоохранения [1,2,3,4]. Увеличение распространенности ХБП в России, как и во всем мире, обусловлено старением населения (пациенты старше 65 лет болеют чаще, по сравнению с другими возрастными группами), повышенной распространенностью таких факторов риска, как сердечно-сосудистые заболевания,

сахарный диабет (СД), артериальная гипертензия (АГ), метаболический синдром (МС) и др. В России гемодиализ составляет видимую и самую дорогостоящую часть лечения (1-1,5 млн рублей в год на одного пациента). На долю гемодиализа (далее – ГД) приходится 70% ЗПП, 30% составляет перитонеальный диализ.

В Уральском Федеральном округе обеспеченность заместительной почечной терапией составляет 186 чел./млн населения – третье место после Москвы и Санкт-Петербурга. В общей структуре ЗПП 70%, также как по Российской Федерации, приходится на гемодиализ. В Екатеринбурге и Свердловской области функционируют 12 отделений диализа. На 1 млн населения Свердловской области приходится 42 диализных места. Количество па-

циентов, получающих гемодиализ на 1 млн населения в области – 260. Количество пациентов, получающих перитонеальный диализ на 1 млн населения – 10. Количество пациентов с трансплантированной почкой на 1 млн населения Свердловской области – 36. Представленный выше обзор позволяет говорить об относительной обеспеченности пациентов с терминальной стадией ХБП тремя типами ЗПТ, что свидетельствует о достаточно высоком уровне медико-технологической составляющей оказания необходимой медицинской помощи таким пациентам в Свердловской области [5, 6, 7].

В тоже время, существующие биомедицинские технологии ориентированы исключительно на медико-экономические стандарты и объект-центрированный подход. Стремление сохранить в медицине прежние традиционалистские и техногенные ориентации, несмотря на возможности их постоянного технологического совершенства, неминуемо приведет к нарастанию антропологического кризиса благодаря опасным для психики человека способам экспериментирования с его телом, сознанием и самосознанием.

В меняющемся мире действительная цель высоко технологичной медицинской помощи состоит не только в лечении, но и в формировании способности человека быть активным и созидательным членом общества при любых проблемах физического (организменного) неблагополучия. Иными словами, лечение и реабилитация каждого пациента в равной мере зависит как от медицинских технологий, так и от различных аспектов его психической жизни, включая социальный контекст его взаимоотношений с миром и окружающими его людьми. В современных клиничко-психологических исследованиях (Готье, Климушева, 2016; Михайличенко, Герасимова, Жеребцов, 2010; Саперов, 2013; Arici, 2013; Baranskaya, Klimusheva, Stolyar et al, 2018; Collins, Labott, 2007; Kern de Castro et al, 2007; Kimmel, 2001; Olbrisch et al, 2002; Schroder, 2008, и др.) доказан мультидисциплинарный характер хронических болезней почек, показано, что все заболевания находятся под влиянием психологических, психосоциальных и социальных факторов и сами могут послужить причиной вторичных психологических и психосоциальных проблем [8,9,10].

В этой связи особое значение приобретает проблема психической адаптации пациентов с ХБП и ее подсистемы – психологической адаптации [11].

Гипотеза исследования состояла в том, что психологическая реабилитация пациентов с ХБП, получающих лечение гемодиализом, обуславливает существенные позитивные изменения в самосознании (образ Я, самооценка, внутренняя картина болезни) личности пациентов и их психоэмоциональном статусе, формирует приверженность к лечению и комплайнс.

Цель исследования: психологическая реабилитация пациентов с ХБП, получающих лечение гемодиализом рассматривается как основа создания психологически обоснованных условий для увеличения жизненного потенциала, активного самостоятельного продуктивного развития личности пациентов в новых, специфических,

ограниченных болезнью условиях.

Участники исследования. Рандимизированная выборка исследования представлена 116 пациентами, получающих лечение гемодиализом в трех подразделениях ООО Уральский медицинский центр «Клиники диализа». В исследовании, проведенном в 2017-2019 гг., участвовали медицинские психологи Уральского Медицинского Центра «Клиники диализа» Гаврилова В.Е., Ускова Е.В.

Общее количество пациентов разделено на две неравные группы на основании длительности лечения гемодиализом. К первой группе (далее – группа 1) отнесены пациенты (n=24 чел.), средний возраст 43,4±15,6 лет, которые только начали лечение гемодиализом, временной интервал составляет 12±6 месяцев; ко второй группе (далее – группа 2) – пациенты (n=92 чел.), которые находятся на гемодиализе более года, больше 1 – 1,5 лет, средний возраст 45,9±12,3 года. Такое разделение на группы соответствует различиям по психологическим характеристикам, которые выявлены в ранее проведенных отечественных и зарубежных исследованиях (Баранская, 2017; Васильева, 2007; Горин, 2005; Крылова, 2011; Узлов, 2014; Draeger, 2018; Theofilou, 2011 и др.).

Проведение исследования выполнено в рамках Договора с ООО «Диаверум Русс» от 13.05.2019 г.; в ходе исследования использовался утвержденный набор исследовательских методик, рассмотренный для проведения клиничко-психологических исследований пациентов, страдающих заболеваниями почек комитетом по этике ФГБОУ ВО УГМУ МЗ России (Протокол № 5 от 24.05.2019 г.).

Материалы и методы

Клиничко-психологическая беседа, анкетирование, опросник «Копинг-стратегии» Р. Лазаруса (Lazarus), методика «Тип отношения к болезни» А.Е. Личко, шкала тревоги и депрессии А.Т. Бека.

Результаты и обсуждение

Методологической основой создания модели психологической реабилитации пациентов с терминальной стадией ХБП, получающих лечение гемодиализом, выступило положение о реабилитационном процессе как об открытой саморазвивающейся системе [12], для которой характерны такие признаки как адаптивная целесообразность, необратимость развития, возможность «выхода» системы за пределы границ уровня развития и необходимость переходов на качественно новый уровень функционирования в процессе саморазвития, а также способность к самоорганизации и самонастраиванию. При таком подходе оказывается возможным преодолеть два основных недостатка в уже существующих программах: во-первых, рассматривающих в качестве цели реабилитации восстановление отдельных психических функций или личностных характеристик, что характерно для традиционного подхода в психологии и медицине; во-вторых, в методологически упрощенном положении об обеспечении условий для создания и поддержания пациентом состояния адаптивного равновесия в процессе

симптоматической психотерапии или аутотренинга.

В рамках принятого нами методологического подхода в качестве цели реабилитации рассматривается создание психологически обоснованных условий для увеличения потенциала активного самостоятельного продуктивного развития личности в новых, специфических, ограниченных болезнью условиях. При этом важным становится обращение к представлению о «кризисах развития» как источнике «движущих сил» развития личности. Это означает, что в момент кризиса (в качестве кризиса на пути развития личности может рассматриваться хроническая болезнь, постановка диагноза, например, ХБП, а также выбор одного из трех типов ЗПТ) прежняя организация системы (человек в его психосоматическом единстве) нарушается, система становится максимально неустойчивой. В тоже время, кризис развития означает создание условий для выбора путей развития системы: устремленность системы к переходу на более высокие уровни развития, где будут сохранены все позитивные результаты, полученные на прежних этапах становления, что обеспечит реализацию новых адаптационных ресурсов. В противоположном случае возможен иной вариант саморазвития: система пойдет по пути упрощения, разрушения и гибели в качестве сложной самоорганизации («уход в болезнь» → снижение «качества жизни» и нарушение адаптации → общее утяжеление симптоматики и т.д.). Выявление внешних и внутренних психологических детерминант, обуславливающих появление позитивных психологических новообразований и возможность перехода системы на новый качественный уровень функционирования, должно составлять важную задачу психологической диагностики. Таким образом, включение психологических факторов в психосоматический синдромогенез именно в критические моменты будет обеспечивать максимальный позитивный модулирующий эффект [2,12,13,14,15,16,17].

Исходя из представленного выше, психологическая реабилитация может быть определена как системная деятельность, направленная на восстановление личностного и социального статуса пациента особым методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через личность пациента лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий; создание психологически обоснованных условий для развития личности с учетом вносимых болезнью ограничений. Иными словами, реабилитация – это активный процесс, в котором пациент выступает не просто «потребителем» лечения, а партне-

ром и активным участником лечебно-восстановительных мероприятий.

Исследование личностных и психологических особенностей пациентов с ХБП, получающих лечение гемодиализом, обнаружило следующее.

Психические и неврологические нарушения у пациентов с ХБП, характеризуются большим разнообразием. При этом в литературе отмечается типичное для соматогений уменьшение полиморфизма психических нарушений по мере утяжеления соматического состояния [7,18,19], что связывают с уремиической интоксикацией, отеком мозга, сосудистыми и метаболическими нарушениями, органическими изменениями в головном мозге.

В процессе лечения гемодиализом психические нарушения претерпевают ряд изменений. Гемодиализ, с одной стороны, уменьшает интоксикацию, неблагоприятно воздействующую на мозг, но с другой, улучшение соматического состояния выдвигает на первый план иные аспекты – психотравмирующее влияние болезни и лечения на образ жизни пациентов. Имеющаяся астения при этом создает благоприятную почву для формирования психогенных реакций (чаще всего астено-депрессивного плана).

Клинические характеристики обследуемой выборки пациентов представлены в табл.1. См. Табл.1.

В ситуации лечения гемодиализом пациенты с ХБП оказываются под воздействием многих стресс-факторов, которые можно представить в виде трех групп неблагоприятных воздействий, связанных с самой процедурой гемодиализа, с изменением всей жизненной ситуации пациента, с дополнительными ограничениями желаний и влечений, налагаемые режимом лечения. В целом, это приводит к перманентно возникающей ситуации фрустрации, с которыми пациенты, в большинстве случаев, не могут справиться самостоятельно.

По данным разных авторов частота клинически выраженной депрессии у пациентов, получающих лечение гемодиализом, варьирует и составляет от 20 до 40% [20,21,22,23,24]. Kimmel с соавт. считают депрессию самым распространенным психическим расстройством у пациентов с ХБП. Pop-Jordanova и др. установили достоверную связь депрессии с выживаемостью больных с терминальной уремией. По их данным депрессивные пациенты умирают в 3 раза чаще [25].

Исследование тревоги и депрессии у пациентов обеих групп с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS, 1983) выявило высокий уровень вну-

Таблица 1. Клинические характеристики пациентов

Характеристики		До 1 года (n=24)	Более 1 года (n=92)
Период нахождения на гемодиализе		6,0±4,2 мес.	6,0±5,1 лет
Срок болезни		54,8±70,5 мес.	15,1±8,9 лет
Поступление	экстренно	71,4%	38,5%
	планово	28,6%	61,5%

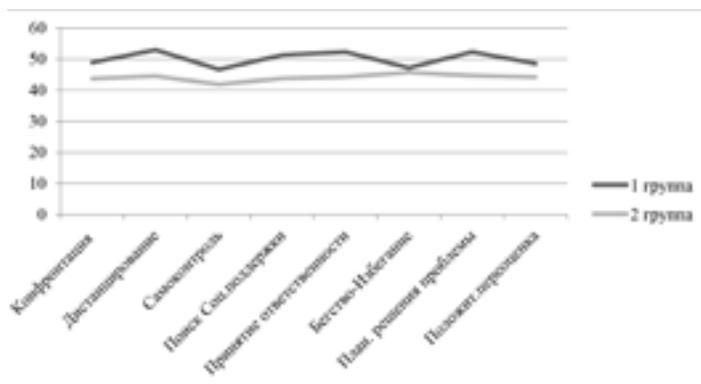


Рисунок 1. Средние показатели по выборке, полученные при проведении копинг-теста Lazarus (n=116)

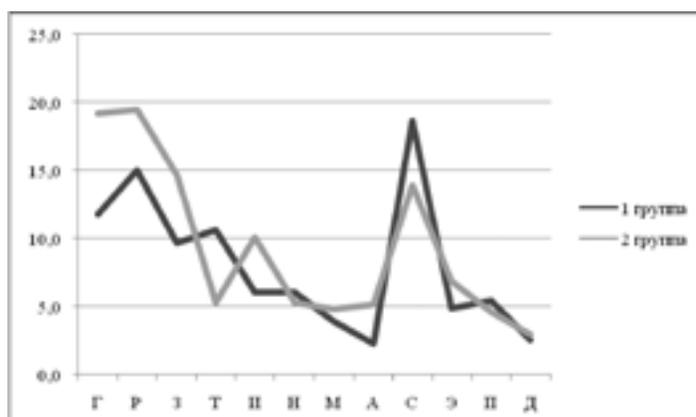


Рисунок 2. Типы отношения к болезни у пациентов, находящихся на гемодиализе (n=116)

Примечание: Г - гармоничный, Р - эргопатический, Э - анозогнозический, Т - тревожный, И - ипохондрический, Н - неврастенический, М - меланхолический, А - апатический, С - сенситивный, Э - эгоцентрический, П - паранойальный, Д - дисфорический

треннего эмоционального напряжения, связанного с хроническим соматическим заболеванием, а также позволило оценить уровень тревоги и депрессии.

Среди пациентов 1-й группы нормальные значения по субшкале тревоги HADS имели 60,0% опрошенных, по субшкале депрессии – 40,0% опрошенных. Нормальные значения по обеим субшкалам HADS у пациентов 2-й группы: 71,0% по субшкале тревоги и 58,33% – по шкале депрессии.

Субклинически выраженная тревога и депрессия по шкале HADS среди пациентов 2-й группы выявлена у 8,0% по субшкале тревоги и 20,83% по субшкале депрессии. Клинически значимые показатели тревоги и депрессии в первой группе обнаружены у 20,0% пациентов по субшкале тревоги и 20,0% по субшкале депрессии. Соответственно во второй группе – у 21% пациентов по субшкале тревоги и 20,83% по субшкале депрессии. Причем показатели выраженности клинически значимых симптомов по обеим субшкалам в двух группах являются достаточно стабильными, что позволяет говорить об особой группе пациентов, количество которых незначительно возрастает – до 21,0% по показателям тревоги и до 20,83% по показателям депрессии – соответственно

периоду нахождения на гемодиализе. Полученные данные свидетельствуют о смешанном тревожном и депрессивном расстройстве (F 41.2 по МКБ 10). Для таких пациентов, 2/3 которых составляют женщины, характерно непосредственно или опосредованно переживание болезни особым образом. Наиболее типичная форма такого проявления – астенические реакции. Также наблюдаются примитивные реакции на заболевание и лечение гемодиализом, независимо от срока, по типу «панических атак». По мере нахождения на гемодиализе возникают астено-ипохондрические переживания, обусловленные, в том числе, возрастающим влиянием энцефалопатии и различными вегетативными расстройствами. Существенное влияние на интенсивность подобных реакций оказывает изменение основного фона настроения. В целом, коморбидность расстройств тревожно-депрессивного спектра (РГДС) и хронических соматических заболеваний утяжеляет клиническую картину, удлиняет период реабилитации, значительно снижает качество жизни больных, нарушает социальное функционирование, работоспособность, является тяжелым бременем для семьи пациентов и общества в целом.

Обсуждение проблемы депрессии неизбежно затра-

гивает тему суицидального поведения пациентов, находящихся на гемодиализе. В ряде исследований показано, что такие пациенты имеют более высокий риск по сравнению с соматически здоровыми людьми. Иными словами, при депрессии пациенты могут использовать такие способы ухода из жизни, как отмена необходимых сессий диализа, нарушение режима питания и пр.

В целях исследования характера адаптации пациентов к процедуре гемодиализа был проведен копинг-тест Lazarus. Результаты теста представлены на рис. 1. См. Рис.1.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что пациенты, получающие лечение гемодиализом, со временем, действительно, приспосабливаются к новым условиям жизни, однако их эмоциональный статус напряжен, а внутренняя картина болезни противоречива.

Несмотря на то, что для пациентов 1-й группы ведущими стратегиями совладания с ситуацией хронической болезни являются дистанцирование, принятие ответственности и планирование решения проблемы, они не могут самостоятельно «удерживать» эффективные способы совладания с болезнью, поскольку противоречивые стратегии мешают конструктивному разрешению трудностей, связанных с некомфортными условиями жизни. Именно поэтому к 1-1,5 годам нахождения на гемодиализе пациенты утрачивают способность «сопротивляться» ситуации и отчетливо демонстрируют упрощенные смысловые стратегии и конформистские установки, свидетельствующие о мотивационно-личностной деформации.

Преобладающими копинг-стратегиями пациентов 2-й группы свидетельствует об обеднении мотивационной сферы и доминировании мотива сохранения жизни как основного, при котором происходит обесценивание всех остальных жизненных ценностей и смыслов. Для обеих групп характерно снижение личностного потенциала с отсутствием ресурсов выхода из трудной жизненной ситуации.

Сложная, многофакторная (личность, болезнь, ситуация лечения) детерминация субъективного переживания болезни содержит в себе указания на динамичность этого психологического феномена. Взаимодействуя, указанные факторы создают картину закономерного развития внутренней картины болезни. В этой связи было проведено исследование типа отношения к болезни у пациентов, получающих лечение гемодиализом (по методике ТОБОЛ). См. Рис.2.

Для пациентов 1-й группы характерен смешанный тип отношения к болезни (комбинация сенситивного и эргопатического типов), который указывает на наличие симптомов психической дезадаптации, обусловленной неосознанным сопротивлением ситуации болезни, разрушением межличностной коммуникации и непринятием необходимости вносить существенные коррективы практически во все сферы жизнедеятельности. У большинства пациентов возникает страх стать обузой для семьи и родственников из-за болезни, они обеспокоены тем, что информация о их болезни может произвести неблагоприятное впечатление на людей, которые окружают их, пре-

жде всего на работодателя и коллег.

Пациенты 2-й группы показывают условно адаптивный тип восприятия болезни (сочетание эргопатического и гармонических типов). Их собственная оценка тяжести своего состояния внешне представляется более реалистичной, но действие механизмов психологической защиты в ряде случаев, приводит пациентов к нарушению комплайенса, представляет собой комплекс поведенческих клише и аффективные реакции на вредность, порождающие невербализуемую тревогу и депрессию. Особую роль в этом играет здесь анозогнозический тип отношения к болезни. Большинство пациентов мужского пола считают ответственными за лечение врачей, именно поэтому 2/3 из них предпочитают быть пассивными участниками лечебно-реабилитационного процесса, либо нарушать медицинские предписания, что позволяет говорить о низком, внутренне противоречивом реабилитационном потенциале пациентов этой группы и необходимости включения их в процесс психологической реабилитации.

Проблема реабилитации пациентов вообще, до сих пор, остается одной из самых сложных и запутанных проблем в практике здравоохранения. В соответствии с понимаемой нами психологической реабилитацией как системной деятельностью, обусловленной личностным потенциалом и направленной на восстановление личностного и социального статуса пациента, целесообразно выделить два основных этапа, соответствующих функциям деятельности клинического психолога в соматической клинике: диагностический и деятельностно-преобразующий.

1. Диагностический этап позволяет выстроить фундамент психологической реабилитации. Это предполагает многостороннее изучение ценностно-смысловой сферы пациентов, системы установок, способов совладающего поведения, типов отношения к болезни, образа тела, тактики поведения в конфликтных ситуациях и пр. Сложность диагностического этапа определяется его зависимостью от этических проблем, экологической валидностью «вмешательства» психологов в сугубо медицинские технологии. Другая трудность состоит в том, что пациенты не мотивированы на работу с психологом. В этих условиях необходимо развивать формы совместного с врачами консультирования пациентов.

Итог диагностического этапа реабилитации заключается в следующих трех моментах:

- а) постановка психологического диагноза,
- б) оценка реабилитационного потенциала пациента,
- в) разработка индивидуальной программы психологической реабилитации.

2. Деятельностно-преобразующий этап, или психологическая помощь пациенту в осуществлении принятых решений, включает психокоррекцию и психотерапию. Важной задачей на этом этапе становится стимулирование собственной активности пациентов, направленной на успешное осуществление лечебно-реабилитационных мероприятий. Наиболее эффективной формой работы становится получающий широкое распространение мотивационный тренинг, суть которого состоит в изучении

и обработке так называемого «синдрома достижения», самоанализе, постановке целей, социальной поддержке. В условиях тренинга создаются аффективно насыщенные (эмоциогенные) ситуации, усиливавшие доминантность мотива ценностно-смысловых преобразований и преодоления социальной изоляции, отгороженности.

Последовательное осуществление психологической реабилитации пациентов с ХБП, получающих лечение гемодиализом, позволило получить следующие результаты: а) в обеих группах пациентов было минимизировано число пропусков сеансов гемодиализа; б) в одном из отделений УМЦ, по инициативе пациентов, создана группа взаимной помощи и поддержки.

Выводы

1. Проблема психологической реабилитации пациентов с ХБП, получающих лечение гемодиализом, играет важную роль в формировании личности, способной преодолеть жизненный кризис, вызванный болезнью и быть надлежащим образом подготовленной к условиям динамично изменяющейся ситуации и обстоятельствам.

2. Диагностический этап психологической реабилитации – исследование психологических и личностных характеристик пациентов с ХБП – выявил неспособность пациентов самостоятельно решить задачи выхода из кри-

зиса и построить адекватную программу деятельности в основных сферах жизни.

2. Включение психологической реабилитации в комплексную программу лечебного процесса позволит преодолеть превалирование биомедицинских технологий, обуславливающих прагматический способ отношений «врач-пациент» и тем самым предотвратить вероятность временного или более длительного срыва адаптационных возможностей, даже у вполне психически устойчивой личности.

3. Психологическая реабилитация пациентов с ХБП направлена на подлинное сближение двух разных областей научного знания и практики: медицины и психологии, как двух взаимодействующих систем помощи пациенту с позиций их взаимного влияния. ■

Баранская Л.Т. – профессор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии ФГБОУ ВО УГМУ МЗ России; Захаров С.В. – главный врач ООО Уральский медицинский центр «Клиники диализа», медицинский директор Диаверум Русс. Автор ответственный за переписку: Баранская Людмила Тимофеевна, 620030, Екатеринбург, Сибирский тракт, 8 км, кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии Уральского государственного медицинского университета МЗ РФ, e-mail: lubaran@rambler.ru.

Литература:

1. Васильева И.А. Внутренняя картина болезни и качество жизни пациентов с терминальной стадией болезни почек / И.А. Васильева // Российский научный журнал. 2009. № 57. – С. 75-85.
2. Горин, А.А. Качество жизни и пограничные психические расстройства у пациентов на программном диализе. Автореф. ...к.м.н. М.: РГМУ. 2005. – 26 с.
3. Корсева, Е.Е. Клинико-патогенетические механизмы психических расстройств и комплайнс больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, получающих гемодиализную терапию. Дисс. ... к.м.н. СПб.: СПбГУ. 2016. – 143 с.
4. Обухова, К.С. Психологические факторы формирования нозогений у пациентов с хронической болезнью почек. / К.С. Обухова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия Психология. 2018. №3(11). – С.110-115.
5. Баранская, Л.Т. Предикторы вторичной алекситимии у пациентов, находящихся на гемодиализе //Л.Т. Баранская, Л.А. Емельянова, Е.В. Дрожженкова //Уральский медицинский журнал. 2017. №08(152). – С.43-50.
6. Климушева, Н.Ф. Медико-социальные и психологические проблемы органного донорства: интегративный подход. / Н.Ф. Климушева, Л.Т. Баранская, Т.В. Шмакова // Уральский медицинский журнал. 2013. № 7(112). – С.21-26.
7. Узлов, Н.Д. Личностные особенности пациентов, находящихся на лечении методом перманентно-го диализа в периоде долговременной адаптации. / Н.Д. Узлов, Ю.Г. Бикбулатова. // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2014. № 4(27) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 31.07.2019).
8. Baranskaya, L.T. Dynamics of Cognitive and Emotional Disturbances in Patients with Chronic Kidney Disease. / L.T. Baranskaya, N.F. Klimusheva, A.G. Stolyar, L.A. Emelyanova. // Journal of Psychology and Clinical Psychiatry. 2018. № 9(4).
9. Bornivelli C. Relationship between Depression, Clinical and Biochemical Parameters in Patients Undergoing Hemodialysis. / G. Aperia, I. Giannikouris, C. Paliouras, P. Alivannis // Journal Renal Care, 2012. 38(2), 93-99.
10. Da Silva-Gane, M. Supportive care in advanced kidney disease: patient attitudes and expectations. / M. Da Silva-Gane, K. Farrington. // J. of Renal Care. 2014. №40 (Suppl.1). – P. 30-35.
11. Вассерман, Л.И. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика. / Л.И. Вассерман, В.А. Абабков, Е.А. Трифонова. СПб: Речь. 2010. – 192 с.
12. Зинченко, Ю.П. Методологические основы и задачи психологической реабилитации онкологических больных. / Ю.П. Зинченко, Е.И. Первичко, А.Ш. Тхостов. // Вестник восстанов. медицины. Некоммерч. партнерство. Объедин. специалистов восстанов. медицины. 2014. № 5. – С.31-42.
13. Климушева, Н.Ф. Мотивация к органному донор-

- ству у пациентов с терминальной стадией хронической болезни. / Н.Ф. Климушева, Л.Т. Баранская, Т.В. Шмакова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия Психология. 2014. №3(7). – С.73-80.
14. Овсянников, С.А. Пограничная психиатрия и соматическая патология. Клинико-практическое руководство. / С.А. Овсянников, Б.Д. Цыганков. М.: Изд-во «Триада-Фарм», 2001. 100 с.
15. Тхостов, А.Ш. Психология телесности. /А.Ш. Тхостов. М.: Смысл, 2002. – 287 с.
16. Schroder, N.M. Consideration of psychological factors in evolution of living donors. // *Progress in Transplantation*. 2008. №18 (1), 8-41.
17. Wojtasiak, E. How Patients with End-Stage Renal Disease Manage their Condition. *Annals Academia Medical Bialstocensis*, 2005. 50 (Supl.1). – P. 129-132.
18. Николаева, В.В. Внутренняя картина болезни как феномен телесности. / В.В. Николаева. //Психосоматика: телесность и культура. Ч.3. / Под ред. В.В. Николаевой. М.: Академ. Проект. 2009. – С. 101-174.
19. Васильева, И.А. Копинг-стратегии больных при лечении хроническим гемодиализом: сравнение двух способов оценки. / И.А. Васильева. // Ученые записки СПбГМУ имени И.П. Павлова. 2007. №1(14). – С.30-33.
20. Баранская, Л.Т. Факторы риска расстройств личностной адаптации у пациентов эстетической хирургии. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2009. – 212 с.
21. Белялов, Ф.Т. Психосоматика. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 360 с.
22. Гельд, А.Л. Проявления алекситимии с симптомами тревоги и депрессии у пациентов с психическими расстройствами / А.Л. Гельд, О.В. Кремлева, Л.С. Круглов. // Бюллетень психотерапии. 2013. № 46. – С.60-68.
23. Farokhi, F.A. Patient Opinion Survey to Identify Perceived Barriers to the Introduction of a Screening Program for Depression in a Hemodialysis Population. Toronto: Masters of Science. 2013.
24. Pascoe, M. C. Psychosocial Interventions for Depressive and Anxiety Symptoms in Individuals with Chronic Kidney Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. / V.C. Pascoe, D.R. Thompson, D.J. Castle, [et al]. // *Frontiers in psychology*, 2017. №8. – P. 992.
25. Pop-Jordanova N. Personality Profiles and Depression in Hemodialysis Patients / N. Pop-Jordanova, M. Polenakovich M. // *Contributions, Sec. Biol. Med. Sci.* – 2012. Vol. XXXIII. №2. – P. 117–129.