

8. Neufeld KJ, Leoutsakos JS, Sieber FE, et al. Evaluation of two delirium screening tools for detecting postoperative delirium in the elderly. *Br J Anaesth.* 2013;111(4):612–618. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23657522/>
9. O'Keeffe ST, Ni Chonchubhair A. Postoperative delirium in the elderly. *Br J Anaesth.* 1994;73(5):673–687. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7826799/>
10. Pandharipande P, Cotton BA, Shintani A, et al. Prevalence and risk factors for development of delirium in surgical and trauma intensive care unit patients. *J Trauma.* 2008;65(1):34–41. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18580517/>
11. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol.* 2009;5(4):210–220. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3065676/>
12. Bertholet AM, Delerue T, Millet AM, Moulis MF, David C, Daloyau M, Arnauné-Pelloquin L, Davezac N, Mils V, Miquel MC, Rojo M, Belenguer P. Mitochondrial fusion/fission dynamics in neurodegeneration and neuronal plasticity. *Neurobiol Dis.* 2016; 90:3–19. <https://doi.org/10.1016/j.nbd.2015.10.011>
13. Meyer JN, Leuthner TC, Luz AL. Mitochondrial fusion, fission, and mitochondrial toxicity. *Toxicology.* 2017; 391:42–53. <https://doi.org/10.1016/j.tox.2017.07.019> PMID:28789970
14. Anne Stetler R, Leak RK, Gao Y, Chen J. The dynamics of the mitochondrial organelle as a potential therapeutic target. *J Cereb Blood Flow Metab.* 2013; 33:22–32. <https://doi.org/10.1038/jcbfm.2012.158> PMID:23093069
15. Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, et al. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA.* 2010;304(4):443–451. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20664045/>
16. Lu Ya., Chen L., Ye J., Chen Ch., Zhou I., Li K., Zhang C., Peng M. Surgery/anesthesia disrupts the dynamics of mitochondrial division/fusion in the brains of elderly mice with postoperative delirium // *AGING.* – 2020. – Volume 12. – No. 1. <https://doi.org/10.18632/aging.102659>
17. Androsova G, Krause R, Winterer G, Schneider R. Biomarkers of postoperative delirium and cognitive dysfunction. *Front Aging Neurosci.* 2015; 7:112. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2015.00112>
18. Gordon EH, Ward DD, Xiong H, Berkovsky S, Hubbard RE. Delirium and incident dementia in hospital patients in New South Wales, Australia: retrospective cohort study. *BMJ.* 2024 Mar 27;384:e077634. doi: 10.1136/bmj-2023-077634
19. Maldonado, JR. Pathoetiological model of delirium: a comprehensive understanding of the neurobiology of delirium and an evidence-based approach to prevention and treatment. *Crit Care Clin.* 2008;24(4):789–856. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18929943/>
20. Davis DH, Muniz Terrera G, Keage H, et al. Delirium is a strong risk factor for dementia in the oldest-old: a population-based cohort study. *Brain.* 2012;135(Pt 9):2809–2816. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22879644/>

Сведения об авторах

М. Кордова * – студент

К.П. Дик – ассистент кафедры

Information about the authors

M. Cordova. * – Student

K.P. Dik – Department assistant

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

martin_1308@icloud.com

УДК 616.895.4

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Красулина Валерия Андреевна, Макарова Арина Михайловна, Мальцева Екатерина Павловна, Соловьева Елизавета Константиновна

Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии

ФГБОУ ВО «Уральский Государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. У лиц, страдающих тяжелыми хроническими заболеваниями, в том числе хронической болезнью почек, трансформируются направленность поведенческой активности и система жизненных ценностей, а также наблюдаются выраженные нарушения внимания, памяти, снижение скорости реакции. Это способствует формированию «замкнутого круга болезни». **Цель исследования** – выявить особенности личности пациентов с хронической болезнью почек с различной продолжительностью получения гемодиализа и после трансплантации почки. **Материал и методы.** Проведен качественный анализ четырех научных публикаций, посвященных проблеме изменения психологического состояния пациентов с хронической болезнью почек. В качестве методов исследования были использованы теоретические методы: анализ, синтез, индукция, дедукция и сопоставительный анализ. Оценка проводилась на основе данных Шкалы тревоги и депрессии HADS, копинг-теста Lazarus, методики ТООБЛ, шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Спилбергера, шкалы самооценки депрессии Зунга, «Теста руки», критерия Шеффе и расчета коэффициентов ранговой корреляции Ч. Спирмена, методики STAI. **Результаты.** В ходе работы были выделены 3 группы пациентов, находящиеся на диализе до 3х лет, более 3х лет и перенесшие трансплантацию почки. У пациентов первой депрессия и тревога выявлена у 60% опрошенных. Пациентов второй группы характеризовало обеднение мотивационной сферы и обесценивание жизненных ценностей и смыслов кроме сохранения жизни. Депрессия и тревога отмечались у

41,67% и 29% пациентов соответственно. Все пациенты третьей группы имели признаки тревожного расстройства, однако у 33% из них уровень тревоги превышал среднее значение нормы. **Выводы.** Эмоциональное и психологическое восприятие болезни значительно зависит от времени, проведенного на лечении и от семейного статуса. Полученные результаты подчеркивают необходимость комплексного подхода к психологической поддержке.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, гемодиализ, психология, психиатрия, депрессия, тревожное состояние, личность, алекситимия.

PHENOMENOLOGY OF THE PERSONALITY OF PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE IN CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL STUDIES.

Krasulina Valeria Andreevna, Makarova Arina Mikhailovna, Maltseva Ekaterina Pavlovna, Solovieva Elizaveta Konstantinovna

Department of Psychiatry, Psychotherapy and Narcology

Ural State Medical University

Yekaterinburg, Russia

Abstract.

Introduction. In persons suffering from severe chronic diseases, including chronic kidney disease, the direction of behavioral activity and the system of life values are transformed, as well as pronounced disorders of attention, memory, and a decrease in reaction speed are observed. This contributes to the formation of a "vicious circle of the disease". **The aim of the study** is to identify the personality traits of patients with chronic kidney disease with different duration of hemodialysis and after kidney **Material and methods.** A qualitative analysis of four scientific publications devoted to the problem of changing the psychological state of patients with chronic kidney disease carried out. The following theoretical methods used as research methods: analysis, synthesis, induction, deduction and comparative analysis. The assessment carried out based on data from the NADS Anxiety and Depression Scale, the Lazarus Coping Test, the TOBOL methodology, the Reactive and Personal Anxiety Scale by C. Spielberger, the Zung Depression Self-Assessment Scale, the Hand Test, the Scheffer criterion and the calculation of rank correlation coefficients by C. Spearman, the STAI method. **Results.** In the course of the work, 3 groups of patients were identified, who were on dialysis for up to 3 years, for more than 3 years and who had undergone kidney transplantation. In the patients of the first, depression and anxiety detected in 60% of respondents. Patients of the second group characterized by impoverishment of the motivational sphere and devaluation of life values and meanings, except for the preservation of life. Depression and anxiety reported in 41.67% and 29% of patients, respectively. All patients of the third group had signs of anxiety disorder, but in 33% of them, the level of anxiety exceeded the average value of the norm. **Conclusions.** Emotional and psychological perception of the disease significantly depends on the time spent on treatment, as well as on family status. The results emphasize the need for a comprehensive approach to psychological support for patients.

Keywords: chronic kidney disease, hemodialysis, psychology, psychiatry, depression, anxiety, personality, alexithymia.

ВВЕДЕНИЕ

Хроническая болезнь почек (ХБП), под которой понимают структурные изменения или функциональные нарушения почек, сохраняющиеся более 3 месяцев, все чаще обсуждается как глобальная проблема здравоохранения. Причины этого – высокая заболеваемость и ее рост, увеличение числа пациентов с прогрессированием ХБП до конечной (терминальной) стадии, кумуляция связанных с почечной недостаточностью осложнений, включая высокий риск развития сердечно-сосудистой патологии и неблагоприятных исходов неинфекционных хронических заболеваний (сердечно-сосудистые, сахарный диабет, СД). Личностные реакции на болезнь и внутренняя картина болезни при соматических заболеваниях имеют огромное значение, поскольку они влияют не только на поведение соматических больных, но и на течение болезни [1].

Наиболее часто специалисты в области клинической психологии и психиатрии встречаются в своей практике с такими эмоциональными нарушениями, как депрессия, тревожные состояния, агрессивность. Данные нарушения являются негативными для человека, они мешают адекватно реализовывать поставленные перед собой цели, нарушают адаптацию, снижают качество жизни и приносят страдания. Достаточно известным является факт частого сочетания депрессивных расстройств с соматическими и неврологическими заболеваниями [2].

Важную роль в изменении психоэмоционального состояния пациента и развития депрессивных расстройств играет его семья, благоприятные отношения в которой и

адекватные эмоциональные реакции родственников на необходимость терапии гемодиализом улучшают результаты лечения и способствуют нормальному психическому состоянию больных [3].

У лиц, страдающих тяжелыми неизлечимыми заболеваниями, происходит ценностно-смысловая и эмоциональная трансформация личности, связанная с изменением условий жизни, включая семейное положение, профессиональный статус, сферу деятельности и интересы. Наряду с расстройствами настроения трансформируются направленность поведенческой активности и система жизненных ценностей. Эти изменения особенно выражены при жизнеугрожающих заболеваниях, таких как хроническая почечная недостаточность (ХПН). Известно три этапа психологической адаптации пациентов, находящихся на диализе, во временном аспекте. Каждому этапу присущ определенный комплекс психоэмоциональных реакций. Первый период получил название «медового месяца», он длится первые 1-3 недели от начала диализа. В это время у пациента наблюдаются различные аффективные реакции на сам факт выявления терминальной стадии заболевания, принятие решения об активных методах терапии, инвалидизацию, хирургические вмешательства, соматические осложнения. Спектр патологического реагирования проявляется широким регистром тревожных и депрессивных симптомов, нередко сопровождающихся суицидальной настроенностью. Второй этап получил название «уныние и разочарование», в среднем занимает от 3 до 12 мес. Средневзвешенная распространенность депрессии равна 27%. Некоторые симптомы болезней почек - заторможенность, анорексия, подавленное настроение и другие напоминают неврастению. По мнению клиницистов, этиология депрессивных и невротических симптомов связана, в первую очередь, с метаболическими нарушениями, «накоплением» метаболических расстройств, а также с электролитными нарушениями, включая нарушения обмена натрия, калия, кальция, хлорида, фосфата и сдвиги кислотно-щелочного состояния (КЩС). Третья стадия - долговременной адаптации. Реакция на напряжение проявляется широким регистром депрессивных и тревожных симптомов – одним из которых является вторичная алекситимия, которая может маскировать, в том числе, и суицидальную настроенность больных [4].

Алекситимия формируется под влиянием специфических, в той или иной степени дефицитных условий, оказывающих влияние на развитие психики. Одним из ключевых психологических механизмов данного феномена является несформированность или недостаточность особого функционального органа — системы саморегуляции, которая обеспечивает активное и творческое отношение индивида к собственной жизни. В генезе алекситимии также задействованы особенности когнитивного развития, уровень дифференцированности эмоциональной сферы и ряд других факторов. У пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН) на фоне неврологических и психоневрологических нарушений формируется специфический когнитивный стиль. Исследования подтверждают, что у лиц, проходящих диализ, наблюдаются выраженные нарушения внимания, памяти, снижение скорости реакции, а также ослабление способности к символизации и категоризации в мышлении. Психологическое основание вторичной алекситимии следует искать в психической декомпенсации личности взрослого человека, возникшей в результате тяжелого соматического заболевания [4].

Недостаточная сформированность или отсутствие деятельности саморегуляции, обеспечивающей произвольный контроль над собственной жизнедеятельностью, способствует фиксации на негативных эмоциях, вызванных стойкими соматическими изменениями. Это приводит к их усилению и формированию так называемого «замкнутого круга болезни». При этом эмоциональная палитра, сопровождающая различные аспекты жизни личности, постепенно обедняется и сводится преимущественно к реакции на динамику заболевания. Пациенты с тяжелыми неизлечимыми заболеваниями часто испытывают трудности в точном описании своего эмоционального состояния и его связи с патологическим

процессом. Их личностный профиль характеризуется упрощенной жизненной направленностью, инфантильными чертами и отсутствием четкого представления о будущем. Эти особенности создают значительные препятствия для психокоррекционной и психотерапевтической работы с данной категорией больных [5].

Цель исследования - изучить и выявить особенности личности у пациентов с хронической болезнью почек с различной продолжительностью получения гемодиализа и после трансплантации почки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен качественный анализ четырех научных публикаций, посвященных проблеме изменения психологического состояния пациентов с хронической болезнью почек. В качестве методов исследования были использованы такие теоретические методы как анализ, синтез, индукция, дедукция и сопоставительный анализ, оценка проводилась с помощью шкалы тревоги и депрессии HADS, копинг-теста Lazarus, методики ТОБОЛ, шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Спилбергера, шкалы самооценки депрессии Зунга, «Теста руки», критерия Шеффе и расчета коэффициентов ранговой корреляции Ч. Спирмена, методики STAI.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе работы были рассмотрены 4 статьи, в которых оценивалось психологическое состояние пациентов с хронической болезнью почек, находящихся на гемодиализе. Нам удалось разделить пациентов на 3 группы. К первой группе относятся пациенты, находящиеся на гемодиализе до 3ех лет. Вторую группу составили пациенты, получающие лечение гемодиализом более 3ех лет. К третьей группе относятся пациенты, которые перенесли трансплантацию почки. Рассмотрим каждую группу по отдельности.

Чтобы оценить пациентов первой группы, нами была рассмотрена статья “Психологическая реабилитация пациентов с хронической болезнью почек, получающих лечение гемодиализом”. Авторы Баранская Л.Т. и Захаров С.В. проводят исследование с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS, 1983). Пациенты, находящиеся на диализе до 12 месяце реже, пребывают в состоянии депрессии и тревоги - среди них нормальные значения по субшкале тревоги HADS имели 60,0% опрошенных, по субшкале депрессии – 40,0% опрошенных [4].

В целях исследования характера адаптации пациентов к процедуре гемодиализа был проведен копинг-тест Lazarus. У пациентов, которые находятся на диализе меньше года ведущая стратегия - дистанцированного принятия ответственности и планирования решение проблемы [6].

Перейдем к анализу психологического состояния пациентов второй группы – получающих гемодиализ более трех лет. В статье “Психологическая реабилитация пациентов с хронической болезнью почек, получающих лечение гемодиализом” авторы проводят копинг-тест Lazarus и госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS, 1983). Преобладающие копинг-стратегии пациентов свидетельствуют об обеднении мотивационной сферы и доминировании мотива сохранения жизни как основного, при котором происходит обесценивание всех остальных жизненных ценностей и смыслов. Нормальные данные имели 71,0% по субшкале тревоги и 58,33% – по шкале депрессии. По методике ТОБОЛ пациенты показывают условно адаптивный тип восприятия болезни. Их собственная оценка тяжести своего состояния внешне представляется более реалистичной [4].

В третьей группе были рассмотрены пациенты, перенесшие трансплантацию почки.

В.Н. Баранецкая в статье «Особенности аффективной сфера больных хронической почечной недостаточностью, перенесших трансплантацию почки» представила результаты исследования, проведенного с помощью «Шкалы реактивной и личностной тревожности» Ч. Спилбергера, «Шкалы самооценки депрессии» Зунга, «Теста руки», критерия Шеффе и расчета коэффициентов ранговой корреляции Ч. Спирмена среди пациентов с диагнозом ХПН 3-й стадии. Среди тестируемых все имели признаки тревожного расстройства, однако у 33%

из них уровень тревоги превышал среднее значение норм методики STAI, причем в большей степени у женщин. У таких больных отмечается усиление внимания к вопросам, касающимся состояния здоровья со стремлением вести здоровый образ жизни. У 39 % обследованных пациентов выявлен высокий «индекс проявления агрессии», при этом лишь у 14 % пациентов отмечается возможность наличия психопатологии. Аффектация наблюдалась при снижении настроения, а также у лиц женского пола [7].

ОБСУЖДЕНИЕ

При проведении обследования пациентов по методике ТОБОЛ авторами были сделаны выводы: пациенты первой группы неосознанно сопротивляются ситуации, у них рушится межличностная коммуникация, возникает страх стать обузой, таким образом они имеют смешанный тип отношения к болезни [6].

Также для пациентов, находящихся на диализе менее трех лет характерно утриванное негативное отношение к различным сторонам дальнейшей деятельности, появляются мысли о бессмысленности существования. Только после трех лет нахождения на диализе у пациентов наступает относительная адаптация к изменившейся жизненной ситуации, которая, вероятно не всегда успешна с психологической точки зрения. Можно предположить, что эмоциональная напряженность, тревожность, подавленность настроения больных сменяется так называемой «реабилитационной мотивацией», обусловленной недостаточностью функции рефлексии, при которой нивелируется разница между актуальным самоощущением и желательным ощущением себя. При этом пациенты утверждают, что их эмоциональное состояние полностью устраивает, для них это привычно. У всех больных отмечается высокий уровень тревоги, характер которой утяжеляется и приобретает генерализованный характер по мере увеличения времени нахождения на диализе, вне зависимости от начала лечения. Отмечается, что для пациентов болезнь осознается центром, притягивающим жизненные трудности, которыми заполнены все области жизни пациентов, формируется мнение о жизненных проблемах как неизбежных [4].

Немногие пациенты способны самостоятельно восстановить утраченные в результате болезни социально значимые и межличностные связи. При общении продолжительность экспрессивной речи, без вступления в диалог психолога составляет приблизительно 2-3 минуты, что может свидетельствовать об алекситимии или диссоциативно-депрессивных состояниях. Уровень интенсивности речи всех пациентов средний, тон голоса ровный, спокойный, без ярко выраженных окрашенных эмоций. Темп речи медленный. Характер интенсивности речи резко уменьшается у большей части пациентов при беседе об их болезни и личных проблемах. У некоторых пациентов проявляется легкое заикание, которого, по их словам, до болезни не было. Трудности общения сопровождались типичными особенностями невербального поведения алекситимиков. Следует отдельно отметить факт того, что в начале беседы у многих пациентов появлялись слезы, из них 65,0 % пациентов не понимали причину появления слез, а 17,5 % - объяснили это неудовлетворенностью своим физическим состоянием, 35,0% - утверждали, что такова особенность их глаз, которая появилась после болезни, то есть старались отрицать психоэмоциональные нарушения [4].

Среди неадаптивных типов отношений к болезни у большинства семейных пациентов был выявлен сенситивный тип отношения к болезни. Наименее успешную адаптацию к гемодиализу показали пациенты, переживающие изменение состава семьи. В большинстве они имели нарушение медицинских показателей и показывали неадаптивные типы отношения к болезни [3].

ВЫВОДЫ

1. Эмоциональное и психологическое восприятие болезни значительно зависит от времени, проведенного на лечении, а также от семейного статуса. Пациенты, находящиеся на диализе менее трех лет, часто демонстрируют смешанный тип отношения к своей болезни, испытывая страх стать обузой для близких и проявляя неосознанное сопротивление. В то же

время, одинокие пациенты показывают более успешную адаптацию по сравнению с теми, кто имеет семью, что может быть связано с различиями в восприятии и поддержке.

2. У пациентов, находящихся на гемодиализе более трех лет, наблюдается тенденция к обесцениванию жизненных ценностей, несмотря на наличие нормальных показателей тревоги и депрессии. Они могут испытывать утроеванное негативное отношение к жизни и мысли о бессмысленности существования.

3. Пациенты после трансплантации почки сталкиваются с уникальными психологическими вызовами, связанными со страхом отторжения трансплантата и необходимостью постоянного контроля состояния здоровья.

4. Результаты исследования подчеркивают необходимость комплексного подхода к психологической поддержке пациентов с ХБП на всех этапах их лечения, учитывающего их индивидуальные потребности и эмоциональные состояния.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Елисеев, М.С. Хроническая болезнь почек: роль гиперурикемии и возможности урат-снижающей терапии / М.С. Елисеев // Современная ревматология. – 2018. – № 12(1). – С. 60–65.
2. Обухова, К.С. Аффективные расстройства у пациентов, страдающих хронической болезнью почек: обзор исследований / К.С. Обухова // Вестник Уральского государственного медицинского университета №1 - 2021. - С. 89-92.
3. Гаврилова, В.Е. Семейный статус пациентов с хронической болезнью почек как фактор психологической адаптации к программному гемодиализу / В.Е. Гаврилова // Вестник Уральского государственного медицинского университета - 2021. - № 1. - С. 41-43.
4. Баранская, Л.Т. Предикторы вторичной алекситимии у пациентов, находящихся на гемодиализе / Л.Т. Баранская, Л.А. Емельянова, Е.В. Дроженкова // Уральский медицинский журнал. - 2017. - №08 - С. 43-50.
5. Корсева, Е.Е. Проблема психосоматических расстройств у пациентов с хронической почечной недостаточностью, получающих заместительную терапию методом гемодиализа / Е.Е. Корсева, А.Н. Шишкин, Ю.Ю. Асанина // Вестник Санкт-Петербургского университета №1 - 2012. - С. 23-28.
6. Баранская, Л.Т. Психологическая реабилитация пациентов с хронической болезнью почек, получающих лечение гемодиализом / Л.Т. Баранская, С.В. Захаров // Уральский медицинский журнал - 2020. - №08 - С. 71-77.
7. Баранецкая, В.Н. Особенности аффективной сферы больных хронической почечной недостаточностью, перенесших трансплантацию почки и / В.Н. Баранецкая // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология» - 2015. - Т. 8, № 1. - С. 63-70.

Сведения об авторах

Е.К. Соловьева* – студент
Е.П. Мальцева – студент
А.М. Макарова – студент
В.А. Красулина – студент

Information about the authors

Е.К. Solovieva* – Student
Е.Р. Maltseva – Student
А.М. Makarova – Student
V.A. Krasulina – Student

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
lissasoloveva.08@mail.ru

УДК: 616.89 – 008.434

СЛУЧАЙ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Мальцева Мария Александровна^{1,2}, Пензина Ирина Игоревна², Баранская Людмила Тимофеевна¹

¹Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГАУЗ Свердловской области «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Пограничное расстройство личности (ПРЛ) является одним из наиболее распространенных диагнозов в европейской и американской психиатрии. ПРЛ диагностируется у 2.3 - 5.9% населения. Согласно исследованиям Гарвардской медицинской школы, около 20% амбулаторных и стационарных пациентов психиатрической клиники страдают пограничным личностным расстройством. ПРЛ является клинически