

Клиническая (медицинская) психология

УДК 159.923+616.05
ББК Ю88.4

ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПОЧКИ

В.Н. Баранецкая

Центр экстренной психологической помощи Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ЦЭПП МЧС России), Северо-Западный филиал, Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург

Изучены расстройства тревожно-депрессивного и агрессивного спектра больных хронической почечной недостаточностью (ХПН) после аллотрансплантации. Эмоциональная сфера у больных после трансплантации почки характеризуется значительной частотой и выраженностью тревожных расстройств; повышение уровня тревоги может сопровождаться развитием депрессивного аффекта; повышенная тревожность обеспечивает стремление к поддержанию здорового образа жизни, что может способствовать сохранению соматического здоровья; агрессивность может носить адаптивный характер, свидетельствовать об относительно благополучном соматическом и эмоциональном состоянии. Для больных ХПН характерно ухудшение психоэмоционального состояния по мере жизни с трансплантатом, что сопровождается снижением агрессивности и усилением потребности в эмоциональной привязанности, а также появлением склонности к демонстративным реакциям.

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, трансплантация почки, аффективные расстройства, тревожно-депрессивные нарушения, агрессивные реакции.

Актуальность

Доминирующий в медицинских науках в последние годы биопсихосоциальный подход способствует не только созданию целостного представления о болезни, но и позволяет совершенствовать лечебно-реабилитационные мероприятия. В рамках этого подхода находит свое объяснение значительная распространенность аффективных нарушений (Мосолов, 1995; Смулевич, 2000; Краснов, 2002), среди которых наибольшее распространение в настоящее время получили расстройства тревожно-депрессивного спектра, встречающиеся у 20,2 % больных общей медицинской практики, в то время такие показатели в общей популяции составляют от 5 до 10 % численности (Александр, 2006). Последнее объясняется тем, что в ситуациях, воспринимаемых либо как незнакомые, либо как потенциально опасные, психологические явления тревоги и страха носят адекватный защитный характер. В то же время риск возникновения в таких ситуациях клинически выраженного

депрессивного расстройства, составляет около 40 % для женщин и 25 % для мужчин (Asberg, Schalling, Rydin, Traskman-Bentz, 1983).

Известно, что расстройства настроения приводят к искажению важных составляющих социальной коммуникации человека как восприятие и интерпретация эмоциональной экспрессии (Михайлова, 2001), а также к нарушению произвольного контроля поведения (Drevets et al., 1992). Таким образом, эмоции, выполняющие в норме роль одного из механизмов внутренней регуляции психических и физиологических процессов, и, в целом, приспособительного поведения, в условиях существующей патологии становятся дезорганизующим фактором (Вилюнас, 1976; Изард, 1999; Курек, 2001).

Как следствие, наряду с этим в последнее время в популяции отмечается рост агрессивного и аутоагрессивного поведения. Агрессивность как одна из важнейших характеристик человеческого поведения определяет качество взаимоотношения с окружающими и,

соответственно, эффективность личностного развития. Однако вопрос о механизмах её формирования и степень влияния на жизнедеятельность индивида до настоящего времени остается открытым. При этом агрессивность субъекта рассматривается как индивидуальная предрасположенность к агрессивному поведению, определяющая готовность совершить агрессивные действия и уровень выраженности агрессии. В свою очередь, агрессия как форма социального поведения базируется на агрессивности. Наличие психологической составляющей агрессивного поведения людей требует исследования влияния особенностей личности и актуального психического состояния на формирование такого поведения. Агрессия может иметь значительные разрушительные последствия, обуславливая повреждение или полное уничтожение объекта агрессии при ее внешнем выражении (Горшков, Горинов, 1997) либо при аутоагрессивной направленности может приводить к выраженным нарушениям социального функционирования, способствовать развитию ряда психопатологических симптомов и соматической патологии (Pilowsky, Spence, 1976; Harris, 1951). Наряду с этим, агрессия может носить и созидательный характер, выполняя функцию одного из движущих факторов развития человека, способствующего достижению значимых целей и, соответственно, дальнейшему саморазвитию (Осницкий, 1994; Клайн, 1991).

Наряду со значительным увеличением тревожно-депрессивных расстройств и ростом числа проявлений агрессивного (в том числе и аутоагрессивного) поведения, приобретает все большую актуальность проблема сопряженности аффективных расстройств с различными формами соматической патологии, в том числе и при угрожающих жизни заболеваниях.

Впервые вынесенный диагноз терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ХПН) является для пациентов сильнейшим стрессогенным фактором, приводящим к развитию расстройств и нарушений во многих сферах жизнедеятельности таких больных (Leung, 2003; Friccione et al., 1992; Courts, 1994). Основными методами лечения больных с терминальными стадиями ХПН в настоящее время являются осуществляемый на протяжении длительного времени перманентный гемодиализ и операция по пересадке (трансплантация) почки. Однако и после трансплантации на фоне сохраняющейся витальной угрозы условия жизнедеятель-

ности больных характеризуются стрессовыми факторами, влияющими на эффективность лечения, и, в конечном счете, на выживаемость таких больных. В связи с этим открытым остается вопрос о механизмах изменения аффективного статуса больных ХПН в условиях ее лечения методом трансплантации.

Аффективные расстройства при ХПН отягощают течение заболевания, ухудшают его прогноз, препятствуют точному исполнению больными терапевтических рекомендаций (Смулевич, 2003; Saele et al., 2009). Другим фактором, влияющим на течение заболевания и состояние пациента, является связанное с заболеванием изменение образа жизни (Furr, 1998). Кроме того, психосоциальное окружение пациента существенно влияет на возникновение и течение депрессивных состояний (Вовин, 1989). При этом считается, что трансплантация по сравнению с перманентным гемодиализом отличается меньшей частотой тревожных и депрессивных расстройств (Arndt, Wendland, 1995; Hag et al., 1991).

В связи с этим **целью исследования являлось** изучение особенностей аффективных нарушений у перенесших трансплантацию почки пациентов с хронической почечной недостаточностью.

Задачи исследования: 1) изучение тревожно-депрессивных расстройств в условиях обусловленной витальной угрозой психотравмирующей ситуации; 2) исследование склонности к открытому проявлению агрессивных реакций у перенесших трансплантацию почки больных ХПН; 3) изучение особенностей аффективно-эмоционального реагирования у больных с различными периодами длительности жизни с трансплантатом.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие пациенты с диагнозом ХПН III-й стадии, находящиеся на лечении методом трансплантации почки в Клиническом центре передовых медицинских технологий больницы № 31 г. Санкт-Петербурга и в Ленинградской областной клинической больнице. Все до трансплантации получали на протяжении от полугода до 11 лет лечение методом перманентного гемодиализа (в среднем $2,6 \pm 0,2$ года) в различных медицинских учреждениях г. Санкт-Петербурга. Всего было обследовано 93 больных (43 мужчины и 50 женщин) в возрасте от 20 до 62 лет ($39,7 \pm 1$ г.). Все пациенты получали

на момент обследования стационарное (49 человек) и амбулаторное (44 человека) лечение. Все пациенты после выписки из стационара проходили ежемесячное медицинское обследование с целью оценки качества функционирования трансплантата. Продолжительность жизни с трансплантатом составляла от 1 месяца до 12 лет (в среднем $3,1 \pm 0,3$ г.).

В соответствии с задачами исследования, больные были разделены на три группы в зависимости от срока продолжительности жизни с трансплантатом. Первую группу пациентов со сроком жизни с трансплантатом от 1 месяца до 1 года ($0,13 \pm 0,02$ г.) составили 29 человек (в том числе 15 мужчин и 14 женщин в возрасте в среднем $40 \pm 2,1$ лет). Во второй группе численностью 29 человек (в том числе 14 мужчин и 15 женщин в возрасте $40,1 \pm 1,7$ лет) критерием включения являлся период жизни трансплантатом от 1 до 3 лет включительно (в среднем $2 \pm 0,2$ г.) И в третью группу вошли 35 больных, имеющих срок жизни с пересаженной почкой от 3 до 12 лет ($6,4 \pm 0,4$ г.), в том числе 14 мужчин и 21 женщина в возрасте $39,2 \pm 1,6$ лет (далее соответственно «1-я группа», «2-я группа» и «3-я группа»).

В целях дифференцированного определения уровня выраженности тревоги как эмоционального состояния и тревожности как фундаментального свойства личности использовалась психодиагностическая методика «Шкала реактивной и личностной тревожности» Ч. Спилбергера («State-Trait Anxiety Inventory», STAI). При этом учитывалось, что значения показателей реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности в диапазоне 31–45 соответствуют уровню умеренной, а свыше 46 баллов – уровню высокой тревожности.

Для оценки степени выраженности депрессивных нарушений различного генеза применялась методика «Шкала самооценки депрессии» Зунга («Zung Self-Rating Depression Scale», ZSDS), получившее большое распространение в клинике психических, психосоматических и соматических расстройств (Вассерман, 2011). При этом значения самооченочного показателя уровня депрессии (УД) в диапазоне 50–70 баллов отражают наличие депрессивной симптоматики, а при значениях свыше 70 баллов возможно наличие истинного депрессивного состояния, требующего медикаментозного лечения.

Проективная методика исследования личности «Тест руки» («Hand-тест») использовалась в целях прогнозирования вероятно-

сти реализации агрессивных тенденций в поведении (Wagner, 1992; Исаева, Соколовская, 1996; Бурлачук, 1997; Курбатова, Муляр, 2001). При этом положительные балльные показатели индикатора «Склонность к открытому агрессивному поведению» (I) свидетельствует о реальной вероятности проявления агрессии, а их превышение свыше +1 балла увеличивает вероятность открытого агрессивного поведения. При близких к нулю значениях показателя I агрессивное поведение становится возможным только по отношению к тем, кого человек больше знает, а при отрицательных (особенно при $I < -1$) значениях вероятность открытого проявления агрессии существует только в особо значимых ситуациях, снижающаяся по мере увеличения показателя I в абсолютной (по модулю) величине. При значениях показателя $RATN > 4$ баллов можно говорить о наличии выраженной психопатологии.

Кроме того, проводился анализ психодиагностических данных в их взаимосвязи с некоторыми социально-демографическими и клинико-психологическими данными, полученными методом клинической беседы и клинического интервьюирования, а также путем анализа медицинской документации.

Полученные данные обработаны с применением методов статистического анализа (в частности, критерия Шеффе и расчета коэффициентов ранговой корреляции Ч. Спирмена), представленных в компьютерной программе IBM SPSS Statistics 20.

Результаты исследования и их обсуждение

В соответствии с задачами на первом этапе исследования были изучены характеристики тревожно-депрессивного статуса больных, перенесших трансплантацию почки в условиях обусловленной витальной угрозой психотравмирующей ситуации. Психическое состояние таких пациентов характеризуется значительной частотой и выраженностью тревожных расстройств (табл. 1). В 33 % случаев у обследованных наблюдался уровень тревоги, превышающий средние значения норм методики STAI и локализующийся в группе показателей «выше среднего» ($51,8 \pm 1,2$ балла). У 48 % пациентов показатели личностной тревожности также были высокими ($53,6 \pm 0,9$ балла). При этом только у 1,2 % перенесших аллотрансплантацию почки больных самооченочно зарегистрированы легкие депрес-

Показатели реактивной и личностной тревожности, самооценочного уровня депрессии у пациентов с ХПН, перенесших трансплантацию

Шкалы методик STAI и ZSDS	Группы обследованных		
	1-я группа	2-я группа	3-я группа
	M ± m	M ± m	M ± m
Реактивная тревожность (РТ)	40,61 ± 1,81	40,37 ± 1,89	41,58 ± 2
Личностная тревожность (ЛТ)	45,96 ± 1,72	44,33 ± 1,69	48,5 ± 1,4
Уровень депрессии (УД)	36,57 ± 1,3	33,52 ± 1,38	39,57 ± 1,3

сивные расстройства ситуативного или невротического генеза (52±1,7 балла).

Статистически значимых различий в значениях показателей по шкалам реактивной и личностной тревожности у пациентов с различным сроком жизни с трансплантатом в трех обследованных группах не установлено. В то же время статистически значимые различия ($p < 0,01$) по уровню депрессии между группой пациентов, проживших с трансплантатом почки от одного до трех лет, и группой пациентов, живущих с трансплантатом почки более трех лет, свидетельствуют, что по мере увеличения срока жизни с трансплантатом очевидно снижение настроения и ухудшение психоэмоционального состояния у всех больных, вне зависимости от их возраста.

Повышенная тревожность как устойчивая личностная характеристика в большей степени оказалась свойственной пациентам женского пола ($p < 0,05$), а также бездетным пациентам, ($p < 0,05$). У таких больных отмечается усиление внимания к вопросам, касающимся состояния здоровья со стремлением вести здоровый образ жизни ($p < 0,05$). Повышение реактивной тревожности связано у обследованных больных с нарастанием актуальности проблем со здоровьем ($p < 0,05$). При этом усиление тревоги у пациентов с повышенным уровнем тревожности может сопровождаться депрессией ($p < 0,05$). Наличие собственной семьи и детей снижают риск развития депрессивного аффекта ($p < 0,01$). Вместе с тем, больным, имеющим семью, в большей степени свойственен страх перед собственной немощностью или какими-либо физическими недостатками ($p < 0,01$).

На втором этапе исследования были изучены поведенческие тенденции в структуре личности у больных с трансплантированной почкой. У 39 % обследованных таких пациентов выявлен высокий «индекс проявления агрессии» (2,56±0,24 баллов), при этом лишь у 14 % пациентов отмечается возможность наличия психопатологии (7,85±0,63). Выражен-

ная склонность к открытому агрессивному поведению характерна для значительного числа пациентов в условиях витальной угрозы, в большей степени – для пациентов с высшим образованием ($p < 0,05$).

Проявления агрессивных тенденций, как и собственно агрессия, свойственны в большей степени больным со стабильно функционирующим трансплантатом ($p < 0,01$), а в случае появления угрозы его отторжения уровень агрессии очевидно снижается ($p < 0,01$). Директивность как другой показатель, напрямую связанный с возможностью открытого проявления агрессивных тенденций, в большей степени характерен для пациентов, имевших до трансплантации небольшие сроки лечения методом гемодиализа ($p < 0,01$).

Аффектация, способствующая уменьшению вероятности открытого проявления агрессии в поведении вследствие положительного эмоционального отношения к другим, характерна, во-первых, для всех пациентов в ситуациях, сопровождающихся снижением фона настроения ($p < 0,01$), и, во-вторых, больным женского пола ($p < 0,01$). При этом по мере нарастания депрессивного аффекта усиливается страх как перед агрессией со стороны других людей, так и перед аутоагрессией ($p < 0,05$). Непосредственно после операции аллотрансплантации почки у стационарных больных с ХПН отмечается тенденция к снижению благожелательного отношения к окружающим, привязанности и способности проявлять положительные эмоциональные чувства ($p < 0,01$), что может объясняться постстрессовым характером послеоперационного этапа. В целом в ситуации стационарного лечения пациентам свойственно ограничение контактов, снижение стремления к «деловому» общению, уменьшение потребности быть принятым партнером по общению, и сужение круга социальных связей в целом ($p < 0,01$).

На третьем этапе были изучены особенности аффективного реагирования у больных

Таблица 2

Средние значения оценочных категорий «Теста Руки» у больных ХПН, перенесших трансплантацию почки

Оценочные категории методики «Тест руки»	Группы обследованных		
	1-я группа	2-я группа	3-я группа
	M ± m	M ± m	M ± m
Агрессия (Agg)	1,86 ± 0,22	1,69 ± 0,26	1,59 ± 0,18
Директивность (Dir)	1,24 ± 0,16	1,27 ± 0,23	1,50 ± 0,18
Аффектация (Aff)	0,62 ± 0,21	0,96 ± 0,23	1,18 ± 0,20
Коммуникация (Com)	1,66 ± 0,21	2,12 ± 0,28	1,56 ± 0,22
Зависимость (Dep)	0,41 ± 0,13	0,27 ± 0,09	0,50 ± 0,14
Склонность к открытому агрессивному поведению (I)	0,34 ± 0,46	-0,54 ± 0,52	0,06 ± 0,48
Страх (F)	0,21 ± 0,08	0,12 ± 0,06	0,15 ± 0,06
Экстибиционизм (Ex)	0,45 ± 0,12	0,65 ± 0,15	0,91 ± 0,16
Калечность (Crip)	0,72 ± 0,21	0,69 ± 0,23	0,53 ± 0,14
Описание (Des)	0,34 ± 0,16	0,31 ± 0,12	0,35 ± 0,14
Напряжение (Ten)	0,76 ± 0,21	0,65 ± 0,18	0,71 ± 0,14
Активные безличные ответы (Act)	1,69 ± 0,22	2,46 ± 0,40	2,50 ± 0,27
Пассивные безличные ответы (Pas)	0,86 ± 0,15	0,77 ± 0,18	1,00 ± 0,23
Галлюцинации (Bas)	0,03 ± 0,03	0,04 ± 0,04	0
Отказ от ответа (Fail)	0,1 ± 0,06	0,19 ± 0,12	0,06 ± 0,04
Степень личностной дезадаптации (MAL)	1,59 ± 0,25	1,46 ± 0,36	1,41 ± 0,22
Тенденция к уходу от реальности (WITH)	0,52 ± 0,18	0,54 ± 0,22	0,41 ± 0,15
Наличие психопатологии (PATN)	2,62 ± 0,51	2,54 ± 0,62	2,24 ± 0,38

с терминальной стадией ХПН в группах, отличающихся по сроку длительности жизни с трансплантатом. Установлено, что по мере жизни с аллотрансплантатом почки снижается стабильность функционирования трансплантата, чаще возникает угроза отторжения, появляются осложнения ($p < 0,01$). В такой ситуации больным в большей степени характерна повышенная личностная тревожность, а также склонность реагировать на стрессовые ситуации развитием депрессивных расстройств ($p < 0,05$). Одновременно с этим больным, длительное время живущим с пересаженной почкой, свойственно благожелательное отношение к окружающим, желание сотрудничать с другими людьми ($p < 0,01$).

С эмоциональным состоянием индивидуума, которое в значительной степени определяет восприятие эмоционального состояния окружающих, тесно связаны проявления агрессивности в поведении.

В табл. 2 представлены результаты исследования пациентов с помощью проективной методики «Тест Руки» в трех группах.

Статистически значимые различия (на уровне тенденции при $p < 0,07$) установлены лишь по категории «Экстибиционизм» между результатами обследования больных первой и третьей группы. Можно предположить, что больным ХПН, длительное время (более 3-х лет) живущим с трансплантатом почки, в боль-

шей степени свойственна потребность в публичном проявлении, в желании быть в центре событий, в деятельности, связанной с развлечениями, самовыражением, демонстративностью.

Заключение

Таким образом, у больных с терминальной стадией ХПН по мере увеличения срока длительности их жизни с аллотрансплантатом меняется соматическое и связанное с ним, психоэмоциональное состояние, что свидетельствует о необходимости разработки и внедрения программ психологической коррекции аффективных расстройств, учитывающих связанные с этим факторы, направленных на улучшение психосоциальной адаптации. В целом такие программы могут стать одним из факторов, способных обеспечить стабильность функционирования трансплантата, а также повысить выживаемость пациентов с терминальной стадией ХПН после трансплантации.

Литература

1. Александр, Ф. Психосоматическая медицина (принципы и применение) / Ф. Александр. – М., 2006. – 334 с.
2. Бурлачук, Л.Ф. Введение в проективную психологию / Л.Ф. Бурлачук. – Киев: Ника-Центр, 1997. – 128 с.
3. Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: науч-

но-практическое руководство / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, О.Ю. Щелкова. – СПб.: Речь, 2011. – 271 с.

4. Вовин, Р.Я. Клинические эффекты при психофармакологическом лечении / Р.Я. Вовин // Фармакотерапевтические основы реабилитации психических больных. – М., 1989. – С. 10–35.

5. Вилюнас, В.К. Психология эмоций. Тексты / В.К. Вилюнас; под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 288 с.

6. Горшков, И.В. Личностная патология и внутрисемейная агрессия / И.В. Горшков, В.В. Горин // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 2. – С. 25–31.

7. Изард, К.Э. Психология эмоций / К.Э. Изард. – СПб., 1999. – 464 с.

8. Исаева, Е.Р. Исследование психологических аспектов приспособительного поведения у больных малопрогредиентной формой шизофрении с помощью методики «Тест руки» / Е.Р. Исаева, Т.В. Соколовская // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. – Харьков, 1996. – Т. 3. – С. 207–208.

9. Клайн, В. Как подготовить ребёнка к жизни / В. Клайн. – М., 1991. – 279 с.

10. Краснов, В.М. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике / В.М. Краснов // РМЖ. – 2002. – № 25. – С. 1187–1191.

11. Курбатова, Т.Н. Проективная методика исследования личности «Hand-тест»: метод. рук. / Т.Н. Курбатова, О.И. Муляр. – СПб.: ИМАТОН, 2001. – 64 с.

12. Курек, Н.С. Нарушения психической активности и злоупотребление психоактивными веществами в подростковом возрасте / Н.С. Курек. – СПб.: Алетейя, 2001. – 220 с.

13. Михайлова, О.Ю. Психологическая диагностика личности сексуальных серийных преступников: моногр. / О.Ю. Михайлова. – Ростов н/Д.: Изд-во РГУ, 2001. – 228 с.

14. Мосолов, С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов / С.Н. Мосолов. – СПб.: Мед. информац. агентство, 1995. – 568 с.

15. Осницкий, А.К. Психологический анализ агрессивных проявлений учащихся / А.К. Осницкий

// *Вопр. психол.* – 1994. – № 3. – С. 61–68.

16. Смулевич, А.Б. Депрессия в общей медицинской практике / А.Б. Смулевич. – М., 2000. – 160 с.

17. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психотических заболеваниях: моногр. / А.Б. Смулевич. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 432 с.

18. Arndt, R. Comparative psychiatric diagnosis in dialysis patients and kidney transplant recipients / R. Arndt, R.L. Wendland // *Wiener Klinische Wochenschrift.* – 1995. – 107, 10. – P. 313–317.

19. Asberg, M. Suicide and serotonin / M. Asberg, D. Schalling, E. Rydin, L. Traskman-Bentz // Sorbier J.P., Verdinne J., eds. *Depression and suicide.* – 1983. – P. 367–404.

20. Courts, N.F. Psychosocial interventions for patients receiving hemodialysis / N.F. Courts // *Urol. Nephrol.* – 1994. – 14, 3. – P. 79–81.

21. Drevets, W.C. A functional anatomical study of unipolar depression / W.C. Drevets, T.O. Videen, J.L. Price et al. // *J. Neurosci.* – 1992. – 12. – P. 3628–3641.

22. Friccione, G.L. Psychological adjustment to end-stage renal disease and the implications of denial / G.L. Friccione, E. Howanitz, L. Samdortf et al. // *Psychosom.* – 1992. – 33, 1. – P. 85–91.

23. Furr, L.A. Psycho-social aspects of serious renal disease and dialysis: a review of the literature / L.A. Furr // *Soc. Work. Health Care.* – 1998. – Vol. 27, № 3. – P. 97–118.

24. Hag, I. Psychosocial aspects of dialysis and renal / I. Hag, F. Zainulabdin, A. Nagvi et al. // *JPMA.* – 1991. – 41, 5, P. 99–100.

25. Harris I.D. Mood, anger and somatic dysfunction // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1951. – Vol. 113. – P. 152–158.

26. Leung, K.C. Psychosocial aspect in renal patient / K.C. Leung // *Peritoneal Dialysis International.* – 2003. – Vol. 23, № 2. – P. 90–94.

27. Pilowsky, I. Pain, anger and illness behaviour / I. Pilowsky, N.D. Spence // *J. Psychosom Res.* – 1976. – Vol. 20. – P. 411–416.

28. Saele K. Cognitive failure in terminal kidney disease / K. Saele, H. Sonnesyn, E. Svarstad et al. // *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* – 2009. – Vol. 129, № 4. – P. 296–299.

29. Wagner, E.E. *The Hand Test: Manual for administration, scoring, and interpretation* / E.E. Wagner. – Los Angeles: Western Psychological Services, 1962.

Баранецкая Виктория Николаевна, ведущий психолог, Центр экстренной психологической помощи Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ЦЭПП МЧС России), Северо-Западный филиал; кафедра медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург), vbaranetskaya@yandex.ru

Поступила в редакцию 7 ноября 2014 г.

AFFECTIVE SPHERE CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE WHO ENDURED KIDNEY TRANSPLANTATION

V.N. Baranetskaya, North-West Branch Center of emergency psychological aid of the Russian Emergencies Ministry EMERCOM of Russia, St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russian Federation, vbaranetskaya@yandex.ru

The purpose of this study is to investigate disorders of anxiety-depression and aggressive spectrum in patients with chronic renal failure (CRF) after allotransplantation. Subjects (N = 93) aged 20 to 62 years (mean age $39,7 \pm 1$ year). Depending on the life period with transplant patients were divided into three groups: a group of patients who have lived with a transplant from 1 month to 1 year, a group of patients who have lived with a transplant from 1 up to 3 years and a group of patients who have lived with a transplanted kidney from 3 to 12 years.

Spielberger scale of reactive and personal anxiety was used to assess the level of anxiety and anxiety in patients used. Zung Self-Rating Depression Scale was used to determine the degree of mood lowering. Projective Hand-Test was used to study the features of behavioral responses, in particular, the propensity for overt aggression.

According to the study the emotional sphere of patients endured kidney transplantation is characterized by a significant rate and severity of anxiety disorders. In a situation of vital threat the anxiety level increase may be associated with the development of depressive affect. Moreover, increased anxiety in patients with end-stage renal disease that endured transplantation provides a commitment to maintaining a healthy lifestyle, and can indirectly help to maintain physical health. Under the conditions of life with kidney allograft aggression can be adaptive in nature, it can indicate a relatively satisfactory somatic and, consequently, emotional state. Patients with end-stage renal disease are characterized by the deterioration of mental and emotional state while living with a transplant, which is accompanied by a decrease in aggression and a greater need for emotional attachment, as well as the emergence of disposition to hysteroid reactions.

The results of this study can be used in development of programs of psychological care to patients with chronic renal failure who endured kidney transplantation.

Keywords: chronic renal failure, kidney transplantation, affective disorders, anxiety and depressive disorders, aggressive reactions.

References

1. Alexander F. *Psichosomaticheskaya meditsina (printsipy i primeneniye)* [Psychosomatic Medicine (Principles and Applications)]. Moscow, 2006. 334 p.
2. Burlachuk L.F. *Vvedeniye v proektivnyuyu psikhologiyu* [Introduction to Projective Psychology]. Kiev, Nika-Center Publ., 1997. 128 p.
3. Wasserman L.I., Trifonov E.A., Shchelkova O.Y. *Psikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya v somaticheskoy klinike: nauchno-prakticheskoe rukovodstvo* [Psychological Diagnosis and Correction in Somatic Clinic: a Scientific and Practical Guide]. St. Petersburg, Speech Publ., 2011. 271 p.
4. Vovin R.J. [Clinical Effects in the Psychopharmacological Treatment]. *Farmakoterapevticheskie osnovy reabilitatsii psikhicheskikh bol'nykh* [Pharmacotherapeutic Rehabilitation Bases of Mental Patients]. Moscow, 1989, pp 10–35. (in Russ.)
5. Vilyunas V.K., Gippenreiter Y.B. *Psikhologiya emotsiy. Teksty* [Psychology of Emotion. Texts]. Moscow, Moscow University Publ., 1984. p. 288.
6. Gorshkov I.V., Gorinov V.V. [Personal Pathology and Intra Family Aggression]. *Social and Clinical Psychiatry*, 1997, no. 2, pp. 25–31.
7. Izard K.E. *Psikhologiya emotsiy* [Psychology of Emotion]. St. Petersburg, 1999. 464 p.
8. Isayeva E.R., Sokolovskaya T.V. [Research of Psychological Aspects of Adaptive Behavior in Patients with Continuous Sluggish Schizophrenia Using the «Hand Test» Method]. *Istoriya Saburovoy dachi. Uspekhi psikhiiatrii, nevrologii, neyrokhirurgii i narkologii: Sbornik nauchnykh rabot Ukrainskogo NII klinicheskoy i eksperimental'noy nevrologii i psikhiiatrii i Khar'kovskoy gorodskoy klinicheskoy psikhiiatricheskoy bol'nitsy № 15 (Saburovoy dachi)* [History of Saburov's Dacha. The Successes of Psychiatry, Neurology, Neurosurgery and Narcology: Digest of Scientific Works of Ukrainian Research Institute of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry and the Kharkiv City Clinical Psychiatric Hospital № 15 (Saburov's Dacha)]. Kharkov, 1996, vol. 3, pp. 207–208. (in Russ.)
9. Kline V. *Kak podgotovit' rebenka k zhizni* [How to prepare a child for life]. Moscow, 1991. 279 p.

10. Krasnov V.M. [Psychiatric Disorders in Medical Practice]. *Russkiy Meditsinskiy Zhurnal*, 2002, no. 25, pp. 1187–1191.
11. Kurbatova T.N., Mulyar O.I. *Proektivnaya metodika issledovaniya lichnosti «Hand-test». Metodicheskoe rukovodstvo* [Projective Method of Personality Research «Hand-test». Methodological Guidance]. St. Petersburg, «IMATON» Publ., 2001. 64 p.
12. Kurek N.S. *Narusheniya psikhicheskoy aktivnosti i zloupotrebleniye psikhoaktivnymi veshchestvami v podrostkovom vozraste* [Disorders of Mental Activity, and Psychoactive Substance Abuse in Adolescence]. St. Petersburg, Aletheia Publ., 2001. 220 p.
13. Mikhailova O.Y. *Psikhologicheskaya diagnostika lichnosti seksual'nykh seriynykh prestupnikov* [Psychological Diagnostics of Serial Sexual Abusers Personality]. Rostov-on-Don, RSU Publ., 2001. 228 p.
14. Mosolov S.N. *Klinicheskoe primenenie sovremennykh antidepressantov* [Clinical Application of Modern Antidepressants]. St. Petersburg, 1995. 568 p.
15. Osnitsky A.K. [Psychological analysis of students' manifestations of aggression]. *Voprosy psikhologii*, 1994, no. 3, pp. 61–68. (in Russ.)
16. Smulevich A.B. *Depressiya v obshchemeditsinskoj praktike* [Depression in Medical Practice]. Moscow, 2000. 160 p.
17. Smulevich A.B. *Depressii pri somaticheskikh i psikhoticheskikh zabolevaniyakh* [Depression with somatic and psychotic disorders]. Moscow, Agency of Medical News Publ., 2003. 432 p.
18. Arndt R., & Wendland R.L. Comparative psychiatric diagnosis in dialysis patients and kidney transplant recipients. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1995, 107, 10, 313–317.
19. Asberg M., Schalling D., Rydin E., & Traskman-Bentz L. *Suicide and serotonin. Depression and suicide*, 1983, pp. 367–404.
20. Courts N.F. Psychosocial interventions for patients receiving hemodialysis. *Urol. Nephrol.*, 1994, 14, 3, pp. 79–81.
21. Drevets W.C., Videen T.O., Price J.L., Peskorn S.H., Carmichael S.T., & Raichle M.E. A functional anatomical study of unipolar depression. *J Neurosci*, 1992, 12, pp. 3628–3641.
22. Friccione G.L., Howanitz E., Samdortf L., Kroessler D., Zervas I., & Wornioiki R.M. Psychological adjustment to end-stage renal disease and the implications of denial. *Psychosom*, 1992, 33, 1, 85–91.
23. Furr L.A. Psycho-social aspects of serious renal disease and dialysis: a review of the literature. *Soc. Work. Health Care*, 1998, 27, 3, pp. 97–118.
24. Hag I., Zainulabdin F., Nagvi A., Rizvi A.H., & Ahmed S.H. Psychosocial aspects of dialysis and renal transplantation. *JPM*, 1991, 41, 5, pp. 99–100.
25. Harris I.D. Mood, anger and somatic dysfunction. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1951, 113, pp. 152–158.
26. Leung K.C. Psychosocial aspect in renal patient. *Peritoneal Dialysis International*, 2003, 23, 2, pp. 90–94.
27. Pilowsky I., & Spence N.D. Pain, anger and illness behavior. *J. Psychosom Res.*, 1976, 20, pp. 411–416.
28. Saele K, Sonnesyn H, & Svarstad E. (). Cognitive failure in terminal kidney disease. *Tidsskr. Nor. Laegeforen*, 2009, 129, 4, pp. 296–299.
29. Wagner E.E. *The Hand Test: Manual for administration, scoring, and interpretation*. Los Angeles: Western Psychological Services, 1962.

Received 7 November 2014

БИБЛИОГРАФИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ СТАТЬИ

Баранецкая, В.Н. Особенности аффективной сферы больных хронической почечной недостаточностью, перенесших трансплантацию почки / В.Н. Баранецкая // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2015. – Т. 8, № 1. – С. 63–70.

REFERENCE TO ARTICLE

Baranetskaya V.N. Affective Sphere Characteristics of Patients with Chronic Renal Failure Who Endured Kidney Transplantation. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*. 2015, vol. 8, no. 1, pp. 63–70. (in Russ.)