

# Клиническая психология в трансплантологии

УДК 616-089.843:159.922  
ББК Ю971-7

## МОТИВАЦИЯ К ТРАНСПЛАНТАЦИИ ДОНОРСКИХ ОРГАНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Н.Ф. Климусева, Л.Т. Баранская, Т.В. Шмакова*

С позиций деятельностного подхода и клинической психологии телесности рассмотрены мотивационные факторы, влияющие на формирование положительной направленности пациентов с неизлечимыми хроническими заболеваниями сердца, печени, почек на получение донорских органов. В статье представлено обобщение результатов зарубежных и отечественных работ по этой проблеме, включая материалы собственных исследований авторов.

*Ключевые слова:* трансплантология, мотивационные факторы, клинические особенности органного донорства при разных нозологиях.

### Введение

Трансплантация донорских органов является современным высокотехнологичным методом лечения. В настоящее время только в экономически развитых странах Европы и США примерно 150 000 человек нуждается в пересадке донорских органов и тканей. Из-за нехватки донорских органов – печени, почек, сердца – врачи прибегают к пересадке лишь в крайних случаях, когда традиционное медикаментозное (или хирургическое) лечение себя полностью исчерпало, и без трансплантации донорского органа больной обречен на смерть. Тем не менее, число пациентов, ожидающих своей очереди на трансплантацию органов (включенных в так называемый «лист ожидания»), огромно (например, в Германии пересадки органа в настоящее время ожидают примерно 12 тысяч человек, при том, что ежегодно осуществляется не более 4000 таких операций). Как следствие, лишь у 10 % таких больных есть шанс дождаться трансплантации (Engle, 2001; Morana, 2009). Все это создает серьезные психологические трудности для пациентов, связанные с тревожным ожиданием и неопределенностью, страхом операции и смерти.

Как следствие, специфика работы с ожидающими трансплантации и получившими донорские органы требует решения ряда клинико-психологических задач. Среди них исследование (в том числе с позиций клинической психологии телесности) психологиче-

ского статуса пациентов до и после операции трансплантации органа (восприятие самого себя и своего тела пациентами, ожидающими и получившими донорский орган), динамика супружеских и детско-родительских взаимоотношений в семьях реципиентов, развитие комплаенса у пациентов и других. Как показано в ряде отечественных и зарубежных исследований (Климусева, 2013; Михайличенко, 2001; Полежаева, 2012; Саперов, 2013; Eggeling, 1999; Romano, Lorenzon, Montanaro, 2012; Salmon, Stanford, Mikahil et al., 2002; Wojtasiak, 2005), основной психологической задачей при такого рода вмешательствах является формирование положительной мотивации пациентов с терминальной стадией хронических заболеваний к получению «чужого» органа, обеспечивающего продление жизни больному. В таком ракурсе особая ценность психологического сопровождения обусловлена тем, что главной целью пересадки органов является не просто физическое продление жизни, но улучшение ее качества у пациентов, обретение ими новых целей, ценностей и смыслов.

При этом положительная мотивация больных становится важнейшим внутренним (интрапсихическим) регулятором их деятельности, направленной на выздоровление и реабилитацию, а также стимулом установления комплаенса не только с оперирующими врачами, но и другими специалистами хирургиче-

ческой клиники. В целом, акцент на активной роли пациента в лечебно-реабилитационном процессе создает оптимальные условия для здорового образа жизни в посттрансплантационном периоде, в психологическом плане – прежде всего за счет повышения фактора самооценки.

Результаты опроса и материалы клинического исследования пациентов показывают, что далеко не все включенные в «лист ожидания») пациенты принимают жизненно важное решение об операции самостоятельно. Для некоторых решающим оказывается мнение лечащего врача, членов семьи, других близких родственников или просто значимых людей. В результате формируется внешняя (или «престижная») мотивация, обусловленная внешними обстоятельствами (получением вторичной выгоды) и определяющая как пассивную позицию пациента, так и неудовлетворенность впоследствии хирургическим вмешательством (какими бы совершенными не были его медико-технологические характеристики).

Более того, у некоторых включенных в «лист ожидания» пациентов возникает отрицательная мотивация к предстоящей операции. У некоторых из них за годы лечения и многократного пребывания в стационаре формируется страх оперативного вмешательства и всех его последствий (боль, сам наркоз и его последствия, возможные осложнения послеоперационного периода и пр.). У других возникает боязнь отказа от сложившегося ранее стабильного образа жизни, поддерживаемого, например, устоявшимся ритмом сложных медицинских процедур, обязательных для пациентов с декомпенсированными и терминальными стадиями заболевания, диализа; у третьих – доминирует тревога по поводу риска повторения ранее неудачного хирургического лечения и др.

В некоторых зарубежных источниках (Engle, 2001; Mancini, Lietz, 2010; Morana, 2009; Romano, Lorenzon, Montanaro, 2012; Salmon, Stanford, Mikahil et al., 2002 и др.) показано, что длительное ожидание трансплантации способствует развитию негативного отношения больных к предстоящей операции. В этот период отношения с трансплантационной командой могут ухудшиться из-за неуверенности пациента в обоснованности постановки в «лист ожидания» и направления на получение донорского органа. Приводятся данные о том, что длительный период ожида-

ния у некоторых пациентов может спровоцировать развитие тревожных, депрессивных и ипохондрических психических расстройств.

**Цель настоящего исследования** состоит в выявлении факторов, влияющих на формирование положительной мотивации к получению донорского органа пациентами с терминальной стадией хронических заболеваний.

**Базой исследования** клиничко-психологических аспектов трансплантологической хирургии являлось Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Свердловская областная клиническая больница № 1» (главный врач – д.м.н., профессор Ф.И. Бадаев). В настоящей публикации представлены материалы лонгитюдного исследования в период с 2005 года по настоящее время.

### **Теоретические и эмпирические основания исследования**

Методологический принцип системного анализа многогранной психической деятельности человека закрепляет роль мотивов, опирающихся на сложную иерархию потребностей, интересов, ценностей, установок, смыслов и отношений как основания развертывания, осуществления деятельности и достижения желаемого результата. Физическая (телесная) деятельность пациентов, направленная на сохранение здоровья, физическое развитие, преодоление ограниченных физических возможностей, совладание с болезнями и телесными недугами подчиняется общим закономерностям деятельности человека.

Мотивы телесной деятельности как устойчивые свойства субъекта, изнутри побуждающие к совершению определенных действий, формируются на протяжении всей жизни в процессе постижения человеком действительности, порождают специфическую активность в достижении желаемого уровня здоровья и телесного благополучия.

Мотивацию, в отличие от мотива, принято рассматривать как совокупность внутренних и внешних движущих сил, побуждающих человека действовать специфическим, целенаправленным образом; как процесс побуждения себя и других к деятельности для достижения личных целей.

В соответствии с данным подходом, формирование мотивации является предметом целенаправленного воздействия, обеспечиваемого, во-первых, системой факторов, влияющих на поведение и деятельность человека в конкретной социально-значимой си-

туации; во-вторых, развитием характеристик процесса, стимулирующего и поддерживающего поведенческую активность личности на определенном уровне.

При этом необходимо отметить, что на формирование мотивации оказывают влияние и стихийные факторы, опосредованные неосознаваемым характером восприятия окружающей действительности. Важное место среди таких факторов занимают средства массовой информации (СМИ), распространяющие в том числе околонучную информацию о психологических последствиях операций по трансплантации органов. В настоящее время такая информация широко обсуждается в ориентированных на массового читателя зарубежных научно-популярных изданиях, в частности, «New Scientist» (Великобритания), «Bild der Wissenschaft», «PM Magazine» (Германия), «Za m'interesse» и «Sciences et Avenir» (Франция) и др. При этом на основании анализа серии публикаций можно выделить несколько стабильно обсуждаемых в этих СМИ тем.

Во-первых, обсуждается риск утраты личностью самоидентичности и образа «я» после трансплантации донорского органа, порождающий у некоторых пациентов подсознательный страх и фобии. Так, результаты проведенного в г. Ганновер (Германия) опроса показывают, что каждый третий нуждающийся в трансплантации пациент не хотел бы получить донорский орган от преступника или самоубийцы, а половина опрошенных потенциальных реципиентов отказались бы от органа, взятого у животного.

Во-вторых, обсуждаются вопросы возможности изменений личности реципиента, в том числе специфически обусловленных характером операции, особенностями смысловой репрезентации пересаженного органа и даже влиянием личности донора. Так, проведенные австрийским профессором психологии Б. Бунцель опросы реципиентов донорского сердца показали, что около 6 % респондентов говорят о появлении у них изменений личности, связанных, по их мнению, с пересадкой сердца (в других исследованиях доля таких пациентов доходит до 21–31 %, но в целом считается, что этот показатель на самом деле еще выше, поскольку многие пациенты стесняются говорить о своих «странных» переживаниях, опасаясь, что их могут принять за психически нездоровых). Более сотни участвовавших в проведенном американским кардиологом П. Пирсолл опросе реципиентов сердца пола-

гали, что чувствуют свою связь с погибшим донором. Проверка П. Пирсоллом рассказов пациентов, беседы с родственниками и друзьями доноров о привычках, вкусах, профессиональных склонностях и других особенностях доноров показали, что более чем у 10 % оперированных встречаются, по меньшей мере, две появившиеся после операции особенности, ранее необычные для них, но характерные для донора. Так, 47-летний рабочий, не интересовавшийся ранее искусством, после пересадки печени от донора-скрипача, заразил окружающих внезапно вспыхнувшей любовью к классической музыке. Молодой человек, которому пересадили сердце утопленника, вдруг начал испытывать патологический страх перед водоемами и др.

В-третьих, ожидание подходящего донорского органа вызывает тягостные переживания, которые не могут не оказать негативного влияния на психику пациента и его мотивацию к трансплантологической операции.

В то же время число научных клинкопсихологических исследований мотивации пациентов к трансплантологической операции явно недостаточно, а их результаты порой противоречивы. Так, по результатам проведенного нами анкетирования внесенных в «лист ожидания» больных, 91,7% таких пациентов согласны со своим диагнозом, признают хронический характер своего заболевания, объясняющий необходимость замены органа, но только 79,2% из них готовы принять «чужой» орган (Климушева, Баранская, Шмакова, 2013). Иными словами, 12,5 % обследованных неизлечимо больных (каждый восьмой пациент выборки, в основном, пациенты с заболеваниями почек) внутренне не готовы к предстоящей операции.

По данным зарубежного клинкопсихологического исследования (Wojtasiak, 2005), стратегий адаптации у пациентов мужского пола, проходящих два раза в неделю процедуру почечного диализа (всего 54 человека), и пациентов с трансплантированной донорской почкой (всего 59 пациентов) каких-либо существенных различий в направленности личности на постановку и решение жизненно важных целей и задач не установлено. Наряду с этим выявлено, что общей чертой у обследуемых обеих клинических групп является постоянно сохраняющийся страх потери жизни. Полученные в исследовании данные подтверждают гипотезу о несформированности на этапе подготовки к

операции внутренней мотивации к трансплантации жизненно необходимого органа.

В то же время предполагалось, что отмена диализа в связи с получением донорского органа должна повлиять на процесс смыслообразования (изменение отношения к семье, работе, общественной деятельности). Несмотря на подробную информацию о доказанных объективных клинических преимуществах выбора трансплантации по сравнению с эффектом диализа, субъективно ситуации болезни воспринимаются пациентами одинаково: как во время диализа, так и после получения трансплантата они не видят различий в самочувствии и восприятии себя больным, а после трансплантации органа постоянно ожидают его отторжения организмом.

В российском исследовании эмоционально-аффективной сферы 55 включенных в «лист ожидания» ортотопической трансплантации печени больных с декомпенсированными ее заболеваниями аутоиммунной природы (Михайличенко, 2010), установлено, что большинство пациентов испытывают аффективное напряжение, требующее своего разрешения в дооперационный период в целях поддержания оптимального психологического статуса, определяемого мотивационным уровнем их внутренней картины болезни. Фактически у всех обследованных пациентов выявлен высокий уровень личностной тревожности и тревожной оценки перспективы; преобладает умеренный общий уровень невротичности с доминированием нарушений сна, астеническими и ипохондрическими расстройствами. У 62,8 % больных наблюдается незначительный уровень депрессии, у 22,9 % – минимальный, у 11,4 % – умеренный, у 2,9 % – выраженный. Больные низко оценивают свое общее состояние здоровья ( $42,9 \pm 16,9$  баллов по Опроснику качества жизни SF 36, при нормативных значениях методики  $82,6 \pm 16,7$  баллов).

Исследование психологических особенностей перенесших трансплантацию сердца пациентов<sup>1</sup>, проведенное с использованием опросников депрессии Бека и качества жизни (SF-36), показывает, что, несмотря на успешное избавление от многолетней сердечной недостаточности, увеличение продолжитель-

ности и повышение качества жизни, хирургическая интервенция чаще порождает появление мотивов избегания (существенного ограничения разнообразных жизненных проявлений), а не достижения. Во многом этому способствует послеоперационная тревога и депрессия. Статистически значимые данные о взаимосвязи стратегий совладания, показателей качества жизни и выраженности депрессии у больных с терминальной стадией хронических сердечных заболеваний позволяют рассматривать избираемые пациентами до операции стратегии совладания со стрессом в качестве значимых предикторов качества жизни после получения трансплантата.

Стратегии, ориентированные на проблему (внутренняя мотивация к совладанию с болезнью), обуславливают значительную удовлетворенность пациентов качеством жизни в послеоперационный период и, к тому же, коррелируют с возрастом реципиента. Используемые эмоционально-ориентированные стратегии (отражающие внешнюю мотивацию) пациенты в посттрансплантационном периоде более депрессивны, имеют более низкое качество жизни и в меньшей степени удовлетворены состоянием здоровья.

Описанные выше данные свидетельствуют о важности до- и предоперационной психологической подготовки пациентов, нуждающихся в получении донорского органа с целью наиболее полного достижения жизнеобеспечивающих целей трансплантации. В системе такой подготовки наибольшее значение имеет мотивационная готовность пациентов к трансплантологической операции, обусловленная, во-первых, осознанием пациентами необходимости получения импланта как наиболее подходящего варианта лечения, как существенного условия, обеспечивающего не только физическое продление жизни, но и достижение привычного (существовавшего до болезни) уровня социального и профессионального функционирования. Во-вторых, мотивация обуславливает смыслы и установки на ограничения в жизни после операции, связанные, в частности, с необходимостью пожизненного применения иммуносупрессии в связи с неустраняемыми краткосрочными и долгосрочными рисками отторжения «неродного» органа. Наконец, в-третьих, формирование мотивации способствует повышению комплаентности пациента и установлению конструктивных взаимоотношений с бригадой врачей, обслуживающих пациента с момента

<sup>1</sup> Представлено Польским обществом трансплантологов. Материалы X Конгресса Польского общества трансплантологов (РТТ), 2011. Обследовано 46 пациентов после трансплантации сердца.

констатации у него терминальной стадии хронического заболевания внутренних органов, постановки в «лист ожидания» вплоть до периода длительного наблюдения в послеоперационном периоде.

Наряду с этим, объективный подход к обсуждению результатов проведенных исследований не позволяет игнорировать приведенные Т. Pruzinsky (1999) данные о разделении дооперационных целей пациентов на физические, психологические и социальные. Важно, что большинство пациентов, фокусирувавшихся в предоперационный период в основном на телесном физическом изменении (собственно имплантации донорского органа), в большей мере были удовлетворены результатом хирургического вмешательства. Вместе с тем, эти данные не отменяют необходимости проведения психологической подготовки пациентов к операции по пересадке органа и обязывают более тщательно подходить к оценке мотивации с акцентом на телесные изменения, границы телесности, образ тела и т. д. (Климушева, 2013).

### Обсуждение результатов

В настоящее исследование включено 95 пациентов в Свердловской областной клинической больницы №1 (в том числе 59 мужчин и 36 женщин), которым в период 2008–2012 гг. выполнены операции трансплантации сердца, печени или почек. Возраст пациентов на момент выписки из стационара составлял от 21 до 61 года (в среднем  $42,44 \pm 10,6$  года).

В целях получения данных для качественного анализа мотивации и личностного смысла в получении пациентами донорского органа была разработана схема и содержание структурированной беседы. Такая беседа проводилась до-, во время и по окончании клинко-психологического обследования пациентов, включенных в «лист ожидания». При этом подробно протоколировались аргументированные высказывания пациентов, касающиеся их представлений об органном донорстве в целом, о субъективной значимости пересадки «чужого» органа, о предстоящем хирургическом вмешательстве, его возможных осложнениях и жизненных перспективах пациентов после операции. Кроме того, анализировались высказывания пациентов при выполнении тестовой батареи, включавшей в себя тест Роршаха, тест измерения самооценки Дембо-Рубинштейн, тест рисования человеческой фигуры Махвер-Гудинаф и др.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что более двух третей пациентов оценивают предстоящую операцию не только с позиций стратегии выживания, но и как возможность осуществить жизненные планы, связанные с реализацией ценностей семейной жизни, воспитания детей, собственного развития, занятий творчеством. Иными словами, у большинства пациентов преобладает вера в то, что предстоящая пересадка органа будет удачной.

В целом для внутренней картины болезни (ВКБ) пациентов с «донорским» сердцем характерна внутренняя согласованность, отсутствие искажений на эмоциональном, когнитивном и мотивационном уровне. Именно поэтому у пациентов, страдающих неизлечимыми пороками сердца и сердечной недостаточностью, во-первых, оценка жизнедеятельности в послеоперационный период реалистичная, несмотря на возникающее у некоторых больных чувство вины («для того, чтобы я жил, какой-то человек должен умереть»). Во-вторых, при пересадке сердца, в отличие от трансплантации почек и печени, субъективная значимость непосредственного хирургического вмешательства существует рядоположенно с другими важными аспектами жизнедеятельности.

Наиболее драматичная ситуация складывается у пациентов, ожидающих донорскую почку. Психологическое состояние пациентов, длительно находящихся на диализе, характеризуется тремя основными стрессовыми факторами: зависимостью от вынужденных долговременных терапевтических программ; состоянием неопределенности относительно жизненного прогноза; ограничением внешней активности в семейном, профессиональном и общественном плане.

В то же время, более чем у половины выборки включенных в «лист ожидания» пациентов представления о возможностях активной, независимой от медицинских процедур и лекарств жизни после трансплантологической операции зачастую оказываются завышенными и нереалистичными. В результате пациенты психологически не готовы к тому, что даже в случае успешно проведенной операции хорошо подобранный трансплантат в течение определенного периода времени (иногда длительного) не справляется с последствиями многолетней болезни почек. Далеко не все пациенты, получившие донорский орган, могут сразу либо в течение относительно корот-

кого временного промежутка восстановить прежние работоспособность и качество жизни. Соответственно, сохраняется обеспокоенность относительно возможности отторжения трансплантата и потенциального возобновления процедуры диализного лечения. Поглощенность преобладающим вопросом «приживется ли трансплантат или произойдет окончательное отторжение?», особенно в случае манифестной угрожающей опасности для трансплантационной функции, приводит к ситуации, напоминающей «сидение на пороховой бочке», и, как следствие, – к депрессии и страху. Однако в случаях, когда отторжение трансплантата становится очевидным и требуется повторная процедура диализа, у большинства пациентов быстро появляется желание новой трансплантации донорского органа.

Таким образом, психологическое сопровождение этой группы пациентов, направленное на формирование адекватных ожиданий от предстоящей операции, следует рассматривать не только как приложение к медикаментозному и немедикаментозному лечению, но и как необходимый интегрированный компонент комплексного лечебного процесса.

Субъективная неготовность к принятию донорского органа также характерна для более чем половины пациентов, нуждающихся в трансплантации печени. Несформированность внутренней мотивации, преобладание «знаемых мотивов» над смыслообразующими существенным образом связаны с тем, что у больных на дооперационном этапе преобладает неврозоподобная симптоматика, обуславливающая сильные аффективные колебания, которые нарушают устойчивость поведения и деятельности, а также адекватность восприятия, понимания и воспроизведения действительности. Для таких пациентов характерны трудности рефлексии собственных смыслов предстоящей операции, их недифференцированность с эмоциями и аффектами, нарушениями осознаваемых границ активности личности во взаимоотношениях с социальной средой. Часто отмечаются крайности переходов – от пассивности, подчиняемости обстоятельствам или ситуации до агрессивного вторжения. При этом тяжесть заболевания обуславливает невозможность применения психотропных препаратов, противопоказанных при поражениях печени, что также подчеркивает необходимость психологических мероприятий, направленных на формирование мотивации к получению «чужого» органа.

Успешная трансплантация печени сопровождается психологически стабилизирующим эффектом, подобным таковому при почечной трансплантации, однако с двумя различиями. Первое заключается в том, что у пациентов с терминальной печеночной недостаточностью перед пересадкой органа период между тяжелейшим токсикозом и решением о необходимости трансплантации настолько непродолжительный, что адаптация к болезни является неустойчивой. Второе различие состоит в том, что психологически стабилизирующий эффект сам по себе является неустойчивым, поскольку вопрос «приживания или отторжения» трансплантата связан с абсолютной угрозой для жизни. Для этих пациентов не существует «промежуточного» выхода из экстремальной ситуации в виде паллиативного варианта типа «искусственной печени».

Субъективная и объективная тяжесть болезни у пациентов с аутоиммунными заболеваниями печени (АИЗП) в стадии декомпенсации или после трансплантации печени обуславливает настоятельную необходимость психологического вмешательства с целью формирования положительной мотивации, способствующей преодолению вторичных психологических проблем и развитию представления об окружающей их выраженной врачебной компетентности.

**Заключение.** Таким образом, результаты качественного анализа структурированной беседы с пациентами с терминальной стадией хронических заболеваний на этапе ожидания трансплантации донорского органа и клинического наблюдения за ними в послеоперационный период не только подтверждают полученные отечественными и зарубежными авторами данные, но и позволяют сформулировать несколько важных выводов.

1. Формирование положительной внутренней мотивации на получение «донорского» органа является «стержнем» психологического вмешательства на этапе подготовки пациента к трансплантологической операции.

2. Общая стратегия формирования внутренней мотивации пациентов требует разнообразия постановки тактических задач, учитывающих особенности клинической картины болезни при сердечной недостаточности, неизлечимых заболеваниях почек, аутоиммунных заболеваниях печени.

3. Работа по формированию положительной внутренней мотивации обеспечивает клиническому психологу партнерскую позицию в

совместной с другими специалистами трансплантологической бригады деятельности.

4. Формирование положительной мотивации требует систематического информирования пациентов об особенностях всех этапов лечебно-реабилитационного процесса.

#### Литература

1. Климушева, Н.Ф. Медико-социальные и психологические проблемы органного донорства: комплексный подход / Н.Ф. Климушева, Л.Т. Баранская, Т.В. Шмакова // Уральский медицинский журнал. – 2013. – № 7 (112). – С. 21–27.

2. Михайличенко, Т.Г. Сравнительное исследование структуры эмоциональных нарушений у больных до и после ортотопической трансплантации печени / Т.Г. Михайличенко, О.А. Герасимова, Ф.К. Жеребцов и др. // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2001. – Т. XIII. – № 2. – С. 52–57.

3. Михайличенко, Т.Г. Комплексное клинико-психологическое исследование больных аутоиммунными заболеваниями печени с исходом в цирроз / Т.Г. Михайличенко, О.А. Герасимова, Ф.К. Жеребцов // Социально-психологические и политические аспекты новых технологий в медицине: материалы III международной научно-практической конференции «Высокие технологии в медицине». – Н. Новгород, 2010. – С. 128–129.

4. Полежаева, Т.В. Особенности психологического консультирования в отделении трансплантации костного мозга / Т.В. Полежаева, М.В. Власова // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2012. – № 3.

5. Санеров, В.Н. Трансплантология в Рос-

сии: достижения и нерешенные проблемы / В.Н. Санеров // Здоровоохранение Чувашии. – 2013. – № 4.

6. Eggeling, C. The psychosocial implications of live-related kidney donation / C. Eggeling, // EDTNA ERCA J. – 1999. – Jul-Sep. 25(3). –P: 19–22. Pub Med PMID: 10786489.

7. Engle, D. Psychosocial aspects of the organ transplant experience: what has been established and what we need for the future // J. Clin. Psychol. –2001. – 57(4). – P. 521–549.

8. Mancini, D. Selection of cardiac transplantation candidates in 2010 / D. Mancini, K. Lietz // Circulation. – 2010. – 122. – P. 173–183. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.858076.

9. Morana, J.G. Psychosocial evaluation and follow-up in liver transplantation / J.G. Morana // J. World Gastroenterology. – 2009. – 15(6). – P. 694–698.

10. Pruzinsky, T. Cosmetic plastic surgery and body image: critical factors in patient assessment / T. Pruzinsky // Body image, eating disorders and obesity. – 1996. – P. 109–127.

11. Romano, G. Effects of exercise in renal transplant recipients / G. Romano, E. Lorenzon, D. Montanaro // World J. Transplant. – 2012. – 2(4). –P. 46–50.

12. Salmon, P. Hemodynamic and emotional responses to a psychological stressor after cardiac transplantation. / P. Salmon, C. Stanford, G. Mikahil et al. // Psychosom. Med. 2002. 63: 289–299.

13. Wojtasiak, E. How patients with end-stage renal disease manage their condition / E. Wojtasiak // Annals Academia Medical Bialstocensis. – Vol. 50. – 2005. – Suppl. 1. – P. 129–132.

**Климушева Наталия Федоровна**, кандидат медицинских наук, засл. врач РФ, заместитель главного врача по медицинской части, Свердловская областная клиническая больница № 1, доцент кафедры клинической психологии и психофизиологии, Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина.

**Баранская Людмила Тимофеевна**, доктор психологических наук, доцент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии ФПК и ПП, Уральский государственный медицинский университет, медицинский психолог высшей категории, Свердловская областная клиническая больница № 1.

**Шмакова Татьяна Владимировна**, медицинский психолог отделения амбулаторной судебной экспертизы по уголовным делам, Свердловская областная клиническая психоневрологическая больница № 1, соискатель кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии ФПК и ПП, Уральский государственный медицинский университет.

Поступила в редакцию 25 июня 2014 г.

## MOTIVATION FOR ORGAN TRANSPLANTATION IN PATIENTS WITH END STAGE CHRONIC DISEASES

*N.F. Klimusheva, Sverdlovsk Regional Clinical Hospital № 1, Ural Federal University named after the first President of Russia B.N. Yeltsin, Yekaterinburg, Russian Federation*

*L.T. Baranskaya, Sverdlovsk Regional Clinical Hospital № 1, Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation, Lubarana@rambler.ru*

*T.V. Shmakova, Sverdlovsk Regional Clinical Psychoneurological Hospital № 1, Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation, Shm-tanya@mail.ru*

From the positions of the activity approach and clinical psychology corporeality motivational factors considered, influencing the formation of positive orientation of patients with incurable chronic diseases of the heart, liver, kidneys to receive donor organs. This paper presents a synthesis of results of domestic and foreign works on this issue, including the study authors.

*Keywords: transplantation, motivational factors, clinical features of organ donation under various nosologies.*

### References

1. Klimusheva N.F., Baranskaya L.T., Shmakova T.V. [Medical and Social and Psychological Problems of Organ Donation: an Integrated Approach]. *Ural'skiy meditsinskiy zhurnal* [Ural Medical Journal]. 2013, Vol. 7 (112), pp. 21–27. (in Russ.)
2. Mikhaylichenko T.G., Gerasimova O.A., Zherebtsov F.K. [A Comparative Study of the Structure of Emotional Disorders in Patients Before and after Orthotopic Liver Transplantation]. *Vestnik transplantologii i iskusstvennykh organov* [Bulletin of Transplantation and Artificial Organs]. 2001, Vol. 8, no. 2, pp. 52–57. (in Russ.)
3. Mikhaylichenko T.G., Gerasimova O.A., Zherebtsov F.K. [Complex Clinical and Psychological Study of Patients with Autoimmune Diseases of the Liver with the Outcome of Cirrhosis]. *Materialy III mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii «Vysokie tekhnologii v meditsine»*. Sb. «Sotsial'no-psikhologicheskie i politicheskie aspekty novykh tekhnologiy v meditsine» [Proceedings of the III International Scientific and Practical Conference "High Technologies in Medicine". Sb. "Socio-psychological and political aspects of new technologies in medicine"]. N.Novgorod, 2010, pp. 128–129. (in Russ.)
4. Polezhaeva T.V., Vlasova M.V. [Features of Psychological Counseling in the Department of Bone Marrow Transplantation]. *Zhurnal prakticheskoy psikhologii i psikhoanaliza* [Journal of Applied Psychology and psychoanalysis]. 2012, no. 3. (in Russ.)
5. Saperov V.N. [Transplantation in Russia: Achievements and Unsolved Problems] *Zdravookhranenie Chuvashii* [Health Chuvashia]. 2013, no. 4. (in Russ.)
6. Eggeling C. The psychosocial implications of live-related kidney donation. *EDTNA ERCA J.* 1999 Jul-Sep; 25(3):19-22. Pub Med PMID: 10786489.
7. Engle D. Psychosocial aspects of the organ transplant experience: what has been established and what we need for the future. *J. Clin. Psychol.* 2001; 57(4): 521–549.
8. Mancini D., Lietz K. Selection of cardiac transplantation candidates in 2010. *Circulation*. 2010; 122: 173-183 doi: 10.1161/ CIRCULATIONAHA.109.858076.
9. Morana J.G. Psychosocial evaluation and follow-up in liver transplantation. *J. World Gastroenterology* Feb.14, 2009; 15(6): 694–698.
10. Pruzinsky T. Cosmetic plastic surgery and body image: critical factors in patient assessment. *Body image, eating disorders and obesity.* 1996, pp. 109–127.
11. Romano G., Lorenzon E., Montanaro D. Effects of exercise in renal transplant recipients. *World J. Transplant.* Aug.24, 2012; 2(4):46–50.
12. Salmon P., Stanford C., Mikahil G. et al. Hemodynamic and emotional responses to a psychological stressor after cardiac transplantation. / *Psychosom. Med.* 2002. 63: 289–299.
13. Wojtasiak E. How patients with end-stage renal disease manage their condition. *Annals Academia Medical Bialstocensis.* Vol.50, 2005, Suppl.1, pp. 129–132.

*Received 25 June 2014*