

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ И ОРГАННОГО ДОНОРСТВА КАК ПРОБЛЕМА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

К. Куков, А. Джорджанова

Рассмотрены основные психологические проблемы, возникающие в ситуации трансплантации органов от живых и умерших доноров. Описываются основные варианты возможных отношений и взаимодействий между донором и реципиентом органа, а также в семьях доноров органов. Особое внимание уделено изучению и описанию мотивации органного донорства. Описаны феномены органного донорства как «акта дарения органа». На примере рассмотрения вопросов трансплантации почки описаны психодинамические, эмоциональные, мотивационно-поведенческие аспекты диадных отношений «донор-реципиент», включая органное донорство среди близких родственников и родителей больных детей, разности полов донора и реципиента. Отражены особенности соматических, психопатологических и психологических изменений после успешной и неуспешной трансплантаций почки, в том числе и в сравнении с терапией диализом. Описаны нарушения, вызванные специфической медикаментозной терапией после операции трансплантации органа. Отдельное внимание уделено расстройствам сексуального и партнерского функционирования пациентов с трансплантированной почкой. Рассмотрены некоторые цели и задачи деятельности медицинского психолога в клинике трансплантологии.

Ключевые слова: психология органного донорства, клиническая психология, трансплантация почки, мотивация донорства, сексуальное функционирование.

Одной из проблем клинической психологии как закрепившейся в медицинской сфере отрасли психологической науки и практики является понимание эмоциональных, мотивационных и поведенческих моделей совладания с трансплантацией органов и органным донорством как психотравмирующими ситуациями. Связанные с этими проблемами задачи можно обобщить в несколько разделов и направлений: от разработки программ для работы с семьями донора и реципиента до определения подходов к консультированию и психотерапии при трансплантации. Развитие центров трансплантации и эксплантации¹ как

¹ В настоящее время термин «Эксплантация - [от лат. ex – вне и plantare – сажать]» употребляется в двух контекстах: в фундаментальных медико-биологических науках – в значении «длительное сохранение и выращивание в специальных питательных средах клеток, тканей, органов животных и растений» (см. например, <http://dic.academic.ru/dic.nsf/es/66064/эксплантация>). В трансплантологии под эксплантацией понимается процедура непосредственного изъятия органов и(или) тканей от живого донора или трупа. Однако во втором понимании термин «эксплантация» пока не имеет своего законодательного закрепления. В частном случае (в том числе в контексте настоящей публи-

подразделений, занимающихся этим специализированным видом медицинской помощи, является частью стратегии по улучшению качества жизни и лечения этих пациентов.

Трансплантация представляет собой хирургическую операцию, в ходе которой ткань, орган, часть тела одного человека (донора) по медицинским показаниям пересаживаются этому же или другому человеку (реципиенту) в целях сохранения жизни реципиента либо восстановления его здоровья. При этом донором может выступать не только живой, но и умерший человек (включая и людей с диагнозом «смерть мозга», brain death), и, в отдельных случаях, в роли доноров могут выступать живые существа иного в биологическом плане вида. Очевидно, что такого рода медицинские мероприятия сопряжены с многочисленными этическими и деонтологическими проблемами, которые, в свою очередь, порождают многочисленные психологические последствия как для донора, так и для реципиента. Психологическая адаптация донора и реципиента к

кации) термин «эксплантация» во втором значении может рассматриваться как определенный этап в процедуре трансплантации донорского органа. – прим. научных редакторов-переводчиков.

трансплантации иногда приводит к интрапсихическим конфликтам, которые требуют своего терапевтирования как до пересадки органа, так и после этого (Крумова-Пешева, 2011; Vomini, 1991). При этом врач обязан информировать потенциального донора о любых фактах, связанных с трансплантацией, в том числе тех, которые могут привести к возможным проблемам и осложнениям. Не допускается прямое внушение или убеждение пожертвования органа и(или) ткани.

Следует отметить, что требуется весьма деликатный подход и понимание мотивации донорства органов (Крумова-Пешева, 2010б; Holley, 1996). С этой целью необходимо тщательное изучение психологических характеристик как донора и реципиента, их отношений (эмоциональных, семейных), включая отношения в расширенной семье (бабушки, дедушки и т. д.). Важной частью при этом является понимание семейных отношений, сложившихся до трансплантации, особенности реагирования на этнокультурные и социальные характеристики, их зависимость от культуры, традиций применительно к живому донору и особенно в случае трупного донорства (Jones, 1993).

Подготовка и осуществление трансплантации обычно сопровождается проявлениями эмоционального стресса, который испытывают все участвующие стороны, и который, в зависимости от его природы на различных этапах процедуры трансплантации, происходит по-разному. Трансформация эмоционального отношения на различных этапах процедуры трансплантации поддерживает динамику существующих отношений и в диаде «донор – реципиент», и в их окружении. В силу этого очевидно, что, например, отношения в семье реципиента должны иметь свою характеристику и внутреннюю динамику. Так, члены семьи больного могут быть в определенном состоянии тревоги, проявляющемся по-разному, например, чувством вины, либо в форме распространенных внутрисемейных конфликтов, подчеркивая дисбаланс между принципами добровольности и разумности при трансплантации.

Альтруизм потенциального донора часто априори воспринимается как должное, без глубокого анализа внутренних, часто бессознательных мотивов, проявляющихся на фоне страха быть отвергнутым в случае возможного отказа, преувеличения незначительных проблем со здоровьем, выражения пессимизма по поводу процедуры. Только в редких

случаях можно говорить о так называемой «чистой мотивации», а в большинстве случаев речь идет о сочетании мотивов и импульсивных решений (Spital, 1986).

Большинство доноров, как правило, решают пожертвовать орган (ткань) импульсивно, без рационального осмысления, иногда под влиянием сильного аффекта, часто без предварительного владения информацией о деталях процедуры. Моралистические и альтруистические отношения в рамках этого (импульсивного) типа пожертвования часто служат в качестве «маски» для актуальных неосознаваемых потребностей и желаний.

Мотивация донора имеет много оснований и на практике может проявляться многообразно. Так, в некоторых случаях решение пожертвовать почку является выражением подлинных и глубоких эмоциональных связей донора с реципиентом, и поэтому донор считает, что какие-либо вопросы о его мотивации являются для него и окружающих избыточными.

Такого рода «интенсивная мотивация», в рамках которой реципиент должен принять предстоящую пересадку органа, может заставить донора полностью «эмоционально раздеться» и отнять у него последние «эмоциональные резервы». В случае неблагоприятного исхода трансплантации такого рода корректировка может привести к эмоциональным антитезам, которые у донора могут проявляться нарушениями личностного функционирования, параноидальными и депрессивными реакциями. Так, выступающие в роли донора матери, например, часто мотивированы желанием пережить символическое «перерождение» ребенка как здорового человека, избавляясь в случае успешной трансплантации от подсознательного чувства вины за рождение у них «дефектного ребенка».

Люди со сниженной в той или иной степени самооценкой или по той или иной причине ощущающие себя отчужденными от общества часто сами готовы быть донорами в целях поиска психологической безопасности. Так, известно, что основной мотивацией доноров почки является повышение самооценки и восстановление адекватного самоотношения и психологического самочувствия. В семейных отношениях они часто стремятся привлечь к себе внимание для того, чтобы обеспечить требуемое положение в семье и, в более широком контексте, чтобы придать смысл и значение своему собственному существованию для себя и семьи. Как правило, это проживающие оди-

ноко люди (единственный брат или единственная сестра, средних лет, как правило, разведенные и т. п.), поступок которых не может быть проигнорирован семьей. Донорство как «акт дарения органа» и самопожертвования позволяет им получить желаемое уважение, но, по истечении времени, важность их поступка «разбавляется», внимание к ним уменьшается и восхищение ими «выцветает», что может впоследствии привести к глубокому разочарованию и горечи, за которой лежит ощущение неадекватного признания «величия их жертвы». Здоровые члены семьи могут быть мотивированы стать донором почки, например, подсознательным чувством вины из-за того, что они сами здоровы. Описываются случаи, когда члены семьи преувеличенно ведут борьбу за место донора почки, стремясь тем самым компенсировать ранее допущенную халатность и ошибки, допущенные в своей семье или в семье реципиента. Имеются случаи формирования измененно-противоположных ролей в ситуации донорства, когда реципиент принимает активное участие в восстановлении семьи путем избрания того ее члена, который пожертвует почку, и, таким образом, очень упорно и умело манипулирует психологическими характеристиками членов семьи и исполняемыми ими семейными ролями. В этих целях он выбирает, как правило, очень эмоциональных и внушаемых людей, несамостоятельных, находящихся под влиянием других людей, и которыми легко манипулировать. Другой уровень активной роли реципиента проявляется заключением некоторых «непрямых соглашений» или незаконно заключаемых договоров, в которых акт пожертвования почки регламентируется путем оказания значительной материальной компенсации донору (Najarian, 1992).

В Болгарии распространены обобщенные Р. Крумовой-Пешевой и Л. Спасовым критерии связанной с донорством органов мотивации, представленные в нескольких категориях: а) уровень готовности к донорству; б) наличие связанных с донорством страхов и опасений; в) реалистичность идеи донорства и ожиданий от трансплантации; г) уровень осведомленности в проблемах трансплантологии и методы поиска информации о ней; д) характер прогнозов на будущее; е) характер психического развития в детстве; ж) уровень психосоциального стресса и стратегии совладания с ним; з) способность принимать решения и идти на риск. (Крумова-Пешева, 2010а; Крумова-Пешева, 2010б; Крумова-Пешева, 2011).

С этико-деонтологических позиций пересадка почки от живого донора является добровольным актом жертвования здорового человека со здоровым телом для того, чтобы кто-то другой стал снова здоровым человеком. На фоне строгих медицинских последствий такого альтруистического акта требуется создать определенную позитивную эмоциональную атмосферу на всех этапах трансплантации (ее подготовка, проведение и послеоперационный период) для того, чтобы снизить непредсказуемость поведения участвующих в ней людей, прежде всего – в поведении реципиента и донора. Акт трансплантации порождает во многом особые и деликатные отношения между донором и реципиентом, для которого пересаженный орган становится символом тесных и специфических отношений. Именно в развитии и поддержании этих отношений отмечаются и проявляются взаимные психологические инвестиции (Simmons, 1982).

У реципиента органа может возникать чувство должника, обремененного флуктуирующим чувством вины и неприятием тех или иных запросов со стороны донора. Для него иногда очень трудно выделить и принять почку, пожертвованную донором – членом семьи, и интегрировать ее в репрезентации собственного тела. Эволюция отношений донора и реципиента определяет судьбу трансплантата и психологического потенциала двух участников этого процесса, позволяет принять реалистичную динамику их отношений, признать свои ожидания и разочарования и выразить все при толерантном обсуждении. В этом контексте следует отметить наличие очевидного тезиса о прямой связи между соединяющими донора и реципиента эмоциями и соматическими проявлениями приживления или отторжения трансплантата.

Гипертрофированное чувство долга и обремененность им со стороны реципиента, а также зависимость от эмоционального влияния донора могут изменить качество отношений и даже создать враждебные отношения. Феномен, наблюдаемый после успешной операции трансплантации, а именно – снижение репутации донора в семье в силу переключения внимания на реципиента – подчеркивает возникающее при этом чувство отторжения и может послужить у донора началом депрессии либо появления чувства неприязни к реципиенту. В таких ситуациях очень важно развивать здоровую в психологическом плане коммуникацию для того, чтобы вербализовать взаимные чув-

ства, которые могут быть замаскированы стереотипными для таких ситуаций проявлениями, и подчеркнуть широкий социальный уровень альтруизма (Gouge, 1990). Кроме того, опасения по поводу характерной для таких больных внешности могут быть непосредственной причиной трансплантации почки.

Отторжение органа непосредственно в посттрансплантационный период может привести донора к сильному огорчению, поскольку может быть истолковано как отказ реципиента от приятия личности донора, своеобразного предательства и «недостаточного уважения к его жертве». Гневная реакция донора может привести к возникновению чувства вины у реципиента и усилению у него естественной в такой ситуации депрессивности.

В случае пересадки почки человеку противоположного с донором пола мужчины обнаруживают большой страх за функционирование будущего трансплантата, что объясняется особенностью хирургических манипуляций в области мочеполовых органов. У лиц с проблемами гендерной идентичности или у подростков и юношей в период формирования сексуальной идентичности возникают трудности адаптации в посттрансплантационный период, особенно если донором является человек противоположного пола.

При трансплантации органа от умершего человека отмечались случаи, в которых у реципиента развивалось чувство вины вследствие попыток принять фактическую информацию о некоторых ставших ему известными характеристиках донора или из-за сформировавшихся у него представлений и фантазий. Такого рода явление «психологической инкорпорации» умершего донора может проявиться у пациентов психологическими образованиями психотического уровня и требует индивидуальной психотерапии.

Общие психологические изменения у больных после трансплантации органа вызваны определенным сочетанием соматических и психопатологических симптомов, развивающихся в разные посттрансплантационные периоды. Так, освобожденный от необходимости лечения диализом и интенсивного контакта с медицинским персоналом пациент чувствует себя неуверенно в своей «новой свободе», находится под страхом амбивалентности отношения к своим новым способностям, с одной стороны, и прессингом старых желаний, с другой. В раннем послеоперационном периоде страх отторжения почки проявляется

в тех или иных действиях реципиента и определяет поведение с ограниченной активностью, диктует формирование соответствующего настроения. Однако со временем страх пациента постепенно уменьшается.

Он уже не так сосредоточен на проблеме возможной смерти, но рассматривает ее в контексте риска возвращения к жизни в ситуации диализного лечения. Со временем его больше начинают охватывать страхи, связанные с проблемами физического и психического реагирования на иммуно-супрессорную терапию, с новыми чувствами, порожденными новым состоянием физического тела и обретением новой идентичности.

Трансплантация почки улучшает физиологический и метаболический баланс пациента, возвращает необходимый психологический уровень его уверенности в себе (Witzke, 1997). Функционирование пересаженной почки приводит к глобальному улучшению физического и психического уровней качества жизни (Christensen, 1991). Симптомы уремии, которые не удавалось полностью устранить при диализной терапии, уменьшаются, восстанавливается сон и исчезают расстройства аппетита. Восстановление уровня гематокрита и гемоглобина сопровождается улучшением когнитивных функций (Kramer, 1996). Поскольку жизнь пациента после пересадки почки не зависит от диализного аппарата, а это значит, он может организовать свою жизнь с большей степенью свободы и автономности. Для женщин возможность беременности становится реальностью, пациенты могут проводить отпуск там, где они хотят.

Получатель переживает свою новую почку и ее нефизиологичное расположение как нечто чужеродное, что создает определенные трудности интеграции этого факта в структуру его личностной целостности. Это новое и необычное чувство проецируется на партнера и может вызывать значительные трудности в интимной сфере и сексуальном функционировании. Что же касается оценки роли уремического состояния до и во время лечения диализом, то пациенты с трансплантированной почкой отмечают улучшение сексуального функционирования, но это скорее не относится к репродуктивной функции, нарушенной на предыдущем этапе. Возвращение символического смысла в нормально проявляющемся мочеиспускании отражает новые отношения с собственным телом и урогенитальным аппаратом, актуализируя смысл «различных взглядов на сексуальность» (Пис, 1984).

Сексуальная дисфункция у пациентов с трансплантированной почкой выражена в той или иной степени, в зависимости от наличия индивидуального воздействия имеющихся физических и психологических факторов. Преобладающими физическими факторами в сексуальной дисфункции при этом являются частичное возвращение уремического синдрома, развитие хирургических осложнений и инфекций, а также риск развития импотенции и бесплодия в результате длительного приема иммунодепрессантов.

На психологическом уровне сексуальная дисфункция формируется в результате периодически возникающих эпизодов депрессии, эмоциональных кризисов и психологических последствий стероидной терапии, имеющей в качестве побочного эффекта снижение либидо и интереса к сексу. Страх повреждения трансплантированного органа и воображаемых симптомов отторжения, проявляющихся в непосредственной физической деятельности, оказывают существенное негативное влияние на мотивацию пациента в его попытках реализации полового акта.

Психические осложнения вследствие употребления стероидных препаратов на разных этапах процедуры пересадки органа не являются редкостью, что требует обязательного информирования об их потенциальном воздействии на организм и психику. Изменения настроения, вызванные лекарствами, являются важным фактором, который необходимо учитывать в тех случаях, когда речь идет об эмоциональном благополучии пациента (Simmons, 1988). Побочные эффекты иммунодепрессантов наиболее очевидно проявляется в «лунольности» пациента, волосы становятся тонкими и редкими, что оказывает стрессорное воздействие на пациента и приводит к негативному восприятию своего тела. Интенсивность описанных эффектов зависит от возраста пациента и в наибольшей мере проявляется в подростковом возрасте (Hilbrands, 1995).

Психические изменения, связанные с приемом стероидных препаратов, могут проявляться эпизодами депрессии и симптомами так называемого «стероидного психоза»: тревогой, эйфорией, спутанностью сознания, галлюцинациями, параноидальными реакциями. Если функционирование пересаженной почки позволяет, то в таких ситуациях дозу стероидов следует уменьшить. Органические психические изменения наиболее остро проявляются в основном на стадии отторжения

почки при введении более высоких доз иммунодепрессантов. Кроме того, в явной или скрытой форме могут возникать симптомы спутанности, часто может возникать депрессивность, иногда – психопатологические явления истерического типа.

У некоторых пациентов заболевание может глубоко больно ранить их нарциссизм, поскольку трансплантация нереалистично рассматривается как восстановление общего состояния здоровья и может привести к окончательной потере своего статуса. Чрезмерная демонстрация «восстановленного здоровья» выглядит как беспорядочное половое поведение (промискуитет), злоупотребление психоактивными веществами, нереалистичные действия, уклонение от сопутствующей терапии.

Отторжение почки пробуждает болезненные эмоции «возвращения в самое начало» у пациентов, и ставит их снова в положение беспомощности, лишая каких-либо перспектив, проявляясь более выраженно, чем в период до трансплантации. Общее психологическое утомление возникает из-за потери огромного количества психической энергии, которая была вложена в трансплантацию, и вызывает распад зрелых психологических защит, что проявляется в регрессивной позиции, пассивном отношении или раздражении, плохом настроении и нетерпимости (Kerr, 1997).

Почечная трансплантация в качестве нового терапевтического метода влечет за собой ряд психологических, социальных, правовых и философских проблем. Учитывая значительные психологические и социологические последствия, проявляющихся на всех его стадиях, этот метод обосновывает необходимость включения психолога в качестве члена многопрофильной бригады (Cortesini, 1993).

Роль психолога в такой работе очень деликатна, особенно в случае пересадки почки от живого иммуносовместимого донора, который готов пожертвовать здоровый орган для того, чтобы внести свой вклад в здоровье пациента. Эффективное психологическое воздействие во время различных этапов трансплантации требует определенной превентивной подготовки психолога, который должен иметь глубокие знания всех доступных для пациента условий лечения. Современные терапевтические возможности с их достоинствами и недостатками должны предоставляться пациенту и его семье в те моменты, когда ожидается почти неизбежной недостаточность функции почек. Как следствие, оптимальный план лечения может

быть выполнен в такой момент, который имеет наибольшее психологическое значение для пациента (Morris, 1988).

Превентивные психологические действия, основанные на представлениях о биологических, психологических и социологических факторах, исходят из того, что болезнь пациента создает его определенный психологический портрет и его негативные защитные механизмы (Moosa, 1992). Таким образом, негативные последствия этого заболевания можно предотвратить путем формирования адаптивного отношения самого пациента к болезни, а также инициировать такие же процессы у окружающих. Пациент получает необходимую информацию о терапевтических возможностях и ограничениях (что является важным моментом в психотерапевтической работе) и, таким образом, становится подготовленным к преодолению первого появления болезни и способным быстрее противостоять новым вызовам единым и зрелым способом.

Регрессивное поведение пациента имеет защитную природу и следует понимать, почему ситуация состояния его здоровья объективно сложна. Психолог обеспечивает профилактическое консультирование и психотерапевтические воздействия на психопатологические феномены с основной идеей помощи пациенту в адаптации к болезни самым конструктивным образом, с помощью рациональных конструктов, и придать новый смысл его существованию несмотря на имеющиеся значительные ограничения. С этой целью психолог должен ограничивать любые намерения, предполагающие внушить пациенту нереальные надежды и возможности поведения в определенных кризисных ситуациях, поскольку обманутый, пострадавший от соматического заболевания пациент не имеет силы для реорганизации и восстановления баланса (Terada, 2002).

При принятии решения о трансплантации органа самая важная задача психолога заключается в оценке психического состояния донора и реципиента непосредственно перед самой операцией (Kasiske, 1995). В этом контексте необходимо проинформировать и предупредить их о предстоящих им конкретных новых эмоциональных отношениях, превентивно указать на возможное развитие неблагоприятных психологических и психопатологических проявлений в случае отторжения трансплантата. В случаях неудачной трансплантации необходимо уверить пациента в том, что разочарование и депрессия постепенно пройдет.

Со временем потенциальная возможность отторжения трансплантата становится менее осознаваемой и появляется аутентичное и свободное проживание жизни, которое трансплантация почки делает явным и ощутимым. Новое качество жизни, создавая гармоничный баланс между предоставлением профилактических медицинских услуг и применимости терапевтических эффектов в жизни, позволяет пациенту «постепенно дистанцироваться» от психолога.

Литература/References

1. Крумова-Пешева Р., Спасов Л. Психологично консултиране на семейства с трансплантация на орган. Клинична и консултативна психология. 2010. бр 3. С. 40–43. [Krumova-Pesheva R, Spasov. L. (Psychological Counseling of Families with Organ Transplantation). *Klinichna i konsultativna psihologiya* (Clinical and Counseling Psychology). 2010, no. 3, pp. 40–43 (in Bol.)]
2. Крумова-Пешева Р., Спасов Л. Наблюдения върху мотивацията за донорство на органи – психологически аспекти. Клинична и консултативна психология. 2010. бр 3. С. 44–47. [Krumova-Pesheva R, Spasov. L. (Observations on the Motivation for Organ Donation – Psychological Aspects). *Klinichna i konsultativna psihologiya* (Clinical and Counseling Psychology). 2010, no. 3, pp. 44–47. (in Bol.)]
3. Крумова-Пешева Р. Психотерапия и трансплантации. Уникорп. 2011. 5–9 с. [Krumova-Pesheva R., *Psikhoterapiya i transplantatsii* (Psychotherapy and Transplants). Unikorpl. 2011. 5–9 p.]
4. Bonomini V. Ethical aspects of living donation. *Transplant. Proc.* 1991; 23: 2497–2499.
5. Christensen A.J., Holman J.M., Turner C.W., et al. A prospective study of quality of life in end stage renal disease: effects of cadaveric renal transplantation. *Clin. Transplant.* 1991; 5: 40–47.
6. Cortesini R. Medical and ethical aspects of living donation. *Transplant. Proc.* 1993; 25: 2305–2306.
7. Gouge F., Moore J., Bremer B.A. et al. The quality of life of donors, potential donors and recipients of living related donor renal transplantation. *Transplant. Proc.* 1990; 22: 2409–2413.
8. Hilbrands L.B., Hoitsma A.J., Koene R.A.P. The effect of immunosuppressive drugs on quality of life after renal transplantation. *Transplantation.* 1995; 59: 1263–1270.
9. Holley J.L., McCauley C., Doherty B., Stackiewicz L., Johnson J.P. Patients views in the choice of renal transplant. *Kidney Int.* 1996; 49: 498–499.
10. Ilić S., Milenković M., Poskuričić V., Stefanović V. Seksualna funkcija u bolesnika sa presađenim bubregom. *Acta Med. Yugoslavica* 1984; 38: 61–68.

11. Jones J, Payne WD, Matas AJ. The living donors: risks, benefits and related concerns. *Transplant. Rev.* 1993; 7: 115–128.
12. Kasiske B, Bia M. The evaluation and selection of living kidney donors. *Am. J. Kidney Dis.* 1995; 26: 387–398.
13. Kerr S, Johnson E, Pandian K, et al. Psychological impact of a failed kidney transplant. *Transplant. Proc.* 1997; 29: 1573.
14. Kramer L, Madl CH, Stockenhuber F, et al. Beneficial effect of renal transplantation on cognitive brain function. *Kidney Int.* 1996; 49: 833–838.
15. Moosa MR, Grobbelar C, Swanevекler SA, Edelstein CL. The influence of race and the impact of socioeconomic and clinical factors on primary renal allograft survival. *Transplant. Proc.* 1992; 24: 1754–1756.
16. Morris PL, Jones B. Transplantation versus dialysis. A study of quality of life. *Transplant. Proc.* 1988; 20: 23–26.
17. Najarian JS, Chavers BM, McHugh LE, Matas AJ. Twenty years or more of follow up of living donors. *Lancet.* 1992; 340: 807–810.
18. Simmons RG, Andeson CR. Related donors and recipients: five to nine years post-transplant. *Transplant. Proc.* 1982; 14: 9–12.
19. Simmons RG, Abress L, Andersen CR. Quality of life after kidney transplantation. A prospective randomized comparison of cyclosporine and conventional immunosuppressive therapy. *Transplantation.* 1988; 45: 415–421.
20. Spital A, Spital M, Spital R. The living kidney donor: alive and well. *Arch. Intern. Med.* 1986; 146: 1993–1996.
21. Terada I, Hyde C. The SF-36: an instrument for measuring quality of life in ESRD patients. *EDTA ERCA J* 2002; 28(2): 73–6.
22. Witzke O, Becker G, Franke G, et al. Kidney transplantation improves quality of life. *Transplant Proc.* 1997; 29: 1569–1570.

Калоян Куков, доктор психологии, клинический психолог, Многопрофильная больница активного лечения (МБАЛ) «Света Марина», г. Варна, Республика Болгария, kalojan_pl@yahoo.com

Аделина Джорджанова, судебный психиатр отделения судебной психиатрии, Первая психиатрическая клиника, многопрофильная больница активного лечения (МБАЛ) «Света Марина», г. Варна, Республика Болгария, adelina.jordjanova@abv.bg

Поступила в редакцию 4 сентября 2014 г.

**Bulletin of the South Ural State University
Series "Psychology"
2014, vol. 7, no. 4, pp. 52–58**

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF TRANSPLANTATION AND ORGAN DONATION AS A PROBLEM OF CLINICAL PSYCHOLOGY

K. Kukov, Clinic St. Marina, Varna, Republic of Bulgaria, kalojan_pl@yahoo.com

A. Djordjanova, Department of Forensic Psychiatry, University Hospital St. Marina, Varna, Republic of Bulgaria, adelina.jordjanova@abv.bg

The main psychological problems that arise in a situation of organ transplantation from living and deceased donors are considered. Primary variants of possible relations and interactions between a donor and an organ recipient are described. Also relations in families of donors are examined. Special emphasis is placed to studying and describing of organ donation motivation. Phenomenons of organ donation are describing as an "act of organ giving". Psychodynamic, emotional, motivational and behavioral aspects of dyadic relations "donor-recipient" are described by examining issues of kidney transplantation including organ donation among relatives and parents of sick children, the difference between the sexes donor and recipient. Features of somatic, psychopathological and psychological changes after the successful and unsuccessful kidney transplants are examined. Special attention is paid to disorders of sexual partner and functioning of patients with transplanted kidney. Some of the goals and objectives of the clinical psychologist in the transplantation clinic are considered.

Keywords: psychology of organ donation, clinical psychology, kidney transplantation, motivation donation, sexual functioning.

Received 4 September 2014