

**Н.Ю. КУВШИНОВА, Л.И. МОСТОВАЯ**

Самарский государственный медицинский университет

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАННОГО ДОНОРСТВА:  
ОБЗОР НЕКОТОРЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ**

**В статье приведена информация о психологических и этических проблемах, возникающих в клинике трансплантологии. Обоснована необходимость проведения психологического обследования как донора, так реципиента в тех случаях, когда имеет место быть ситуация пересадки органа от живого донора.**

**Ключевые слова:** *органное донорство, мотивация донорства, трансплантация органов, диагностика психического состояния*

*Кувшинова Наталья Юрьевна* – кандидат психологических наук, доцент кафедры педагогики, психологии и психолингвистики, медицинский психолог. E-mail: natalysmgu@mail.ru

*Мостовая Людмила Ивановна* – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры медицинской психологии и психотерапии, врач-психиатр. E-mail: mostovayali@yandex.ru

**N. Y. KUVSHINOVA, L.I. MOSTOVAYA**

Samara State Medical University

**PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF ORGAN DONATION:  
THE DESCRIPTION OF SOME CLINICAL CASES**

**The article includes information about the psychological and ethical issues in clinical transplantation. The article justifies the necessity of psychological diagnostics of the donor and recipient in cases where there is a situation to be an organ transplantation from a living donor.**

**Keywords:** *organ donation, motivation donation, organ transplantation, diagnostic of psychological state*

*Nataliya Kuvshinova* – Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor of the Pedagogy, Psychology and Psycholinguistics Department, Medical Psychologist. E-mail: natalysmgu@mail.ru

*Ludmila Mostovaya* – Candidate of Medical Sciences, Senior Lecturer at the Department of Medical Psychology and Psychotherapy, psychiatrist. E-mail: mostovayali@yandex.ru

Активное развитие трансплантологии породило ряд не только медицинских, но и биоэтических, юридических, социально-психологических проблем. Серьезное заболевание всегда создает особые жизненные обстоятельства, к которым заболевший вынужден адаптироваться, жить вместе с ними [3, 10]. В ситуации, когда жизнедеятельность организма поддерживается «искусственно» (к примеру, на диализе) и значительно ограничены социальные возможности человека [1], возникает проблема изменения образа тела, самосознания, самоотношения, ценностно-смысловой сферы личности [5, 6, 9].

Трансплантация, как сложное в медицинском и социально-психологическом плане явление, повышает риск психической дезадаптации больного и увеличивает вероятность манифестации психических заболеваний, поскольку ни в одной другой области медицины так тесно не переплетается переживание жизни и смерти, как в трансплантологии. Остро ощущающие конфронтацию со смер-

тью реципиенты после трансплантации практически все сталкиваются с проблемой «принятия» донорского органа, необходимостью интегрировать его в свое психологическое пространство. Распространенный в трансплантологии миф о «переносе жизни» актуален и в настоящее время, а «феномен Франкенштейна» в постоперационный период встречается не только в клинике пересадки сердца. Пациенты озабочены вопросом, «не повлияет ли наличие нового органа на изменение характера и судьбы», поскольку большинство из них считают, что трансплантат несет в себе генетическую информацию о другом человеке?». Возникает потребность каким-то образом объяснить произошедшее, придать ему особый смысл, который порой выходит далеко за пределы лечебной ситуации [7].

Специалисты большинства трансплантационных центров во всем мире рассматривают трансплантацию органа от живого донора как более предпочтительный вариант, поскольку в данном случае фактически отсутствует ишемиче-

ское повреждение органа и обеспечивается почти 100% выживаемость трансплантата в течение первого года.

Одним из преимуществ родственной трансплантации является ее плановый характер – и донор, и реципиент могут к ней подготовиться, в том числе психологически.

Согласно действующему в РФ законодательству, должен являться кровным родственником реципиента. В этом контексте представляется важным изучение мотивационно-личностной сферы потенциальных живых доноров и психологической «совместимости» донора и реципиента, но к сожалению, в настоящее время имеются лишь немногочисленные исследования в этой области, которые не дают полноценного ответа на многочисленные вопросы, беспокоящие и врачей, и психологов, а именно: «Нет ли у донора скрытой выгоды (в том числе психологической, например, желания повысить свою самооценку, повысить свой статус в семье)», «Не является ли желание стать донором импульсивным, необдуманным, обусловленным эмоциональной насыщенностью ситуации?», «Как будут развиваться взаимоотношения донора и реципиента в ближайшем и отдаленном будущем?», «Отсутствует ли психологическое давление со стороны реципиента на донора?»

В соответствии с законом Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека» пересадка органа от живого донора может основываться только на добровольном самопожертвовании ради спасения жизни другого человека. В Европе и США существуют понятия «социально-мотивированные доноры» – это люди, безвозмездно жертвующие почку или долю печени неизвестному реципиенту, и «эмоционально-мотивированные доноры» – люди, которые состоят с реципиентом в близкой эмоциональной связи, т.е. супруги, друзья. Существует и такое понятие, как «парный обмен» органами живых доноров, который возможен в случае перекрестной биосовместимости между донорами и реципиентами в двух парах [4].

По данным Российского трансплантологического общества, в 2014 г. число изъятий органов от живых родственных доноров составило 316, или 40,4% от общего числа изъятий (в 2013 г. – 307; 42,2%), из них 190 – пересаженных почек от живых доноров, 126 – родственных трансплантаций печени от живых доноров. Характеризуя проблему подготовки прижизненных доноров к трансплантации, Го-

ть С.В. и Монахов А.Р. (2015) рекомендуют в отношении прижизненного донорства фрагментов печени придерживаться «чикагского этического протокола» и рекомендаций, разработанных в 2002 г. департаментом здравоохранения США, где акцентируется внимание на независимом принятии решения донором, и на компетентности специалистов и необходимости создания информационных баз данных [2, 14].

Если речь идет о пересадке органа ребенку, как правило донорами становятся один из родителей. В данных ситуациях этические конфликты практически не возникают, поскольку наличие глубокой эмоциональной связи донора и реципиента. Однако в тех случаях, когда донором является менее близкий родственник, следует выяснить основные мотивы стать донором, определить возможность потенциального давления на донора [2, 4, 12].

Согласно Закону об охране здоровья граждан (ст. 47), изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) допускается у живого донора при наличии его информированного добровольного согласия, а также при условии наличия информированного добровольного согласия совершеннолетнего дееспособного реципиента [3]. Вместе с тем, в каждом конкретном случае важно подробно изучить психологические особенности как донора, так и реципиента, характер их семейных отношений, уточнить социокультурные факторы, традиции.

При выяснении мотивации донорства следует убедиться, что потенциальный донор полностью осознает существующие риски и неудобства, связанные с некоторыми обследованиями и самим оперативным вмешательством, наличие потенциальных затрат, связанных с временной нетрудоспособностью, которые не будут возмещены, психологические и социальные последствия операции на разных жизненных этапах, способность позаботиться о себе и своем здоровье в критических ситуациях. Важно обсудить с ним его ожидания, оценить качество социальной поддержки, а также убедиться в том, что потенциальный донор понимает возможность изменения поведения реципиента в дальнейшем, что может спровоцировать межличностных конфликтов. Донор также должен осознавать, что для реципиента существуют альтернативные виды лечения.

При изучении мотивации донорства особое внимание необходимо уделять таким фактам, как формирование чувства вины, семейной тревоги, гипертрофиро-

ванное чувство долга, склонность к принятию импульсивных решений, получение донором «психологической выгоды» от трансплантации – повышение самооценки, возможность получить уважение и быть в центре внимания других членов семьи, стремление к известности [8, 13]. При диагностике системы межличностных (семейных) отношений следует исключить факты психологического давления, возможность манипуляции реципиента донором.

Нарушения коммуникации в семье, отсутствие у членов семьи адекватных представлений о взаимных ожиданиях в отношении ближайших и отдаленных последствий трансплантации, особенностей психологической поддержки, которую нужно оказать как реципиенту, так и донору, порождают хроническое эмоциональное напряжение. Наличие чувства вины у родственников заболевшего приводит к тому, что родственники начинают гиперопекать больного, стараясь облегчить ему жизнь и как бы «оправдывают» перед ним тот факт, что они здоровы. При таких условиях некоторые больные могут стать чрезмерно требовательными, начинают активно манипулировать окружающими и нещадно их эксплуатировать, в то время как родственники не в состоянии им противостоять [8, 11].

Данович Г. (2013) указывает на необходимость комплексной оценки социально-психологических последствий трансплантации как для донора, так и для реципиента. Протокол оценки потенциального донора университетского госпиталя г. Эссен (Германия) включает обязательную оценку психологического статуса донора, причем дважды [15]. У человека, который решил стать донором для своего близкого, могут возникать переживания и сомнения, которые касаются состояния здоровья в связи с утратой органа, социальных последствий ситуации и т.д. Очень важно, чтобы со стороны донора это был добровольный осознанный поступок, основанный на чувстве ответственности, понимании физических, социальных и психологических последствий трансплантации для себя и для реципиента. Донорство является исключительно добровольным актом, и потенциальный донор в любой момент имеет право отозвать свое согласие.

Абсолютными противопоказаниями к прижизненному донорству являются наличие психических заболеваний и наркотической зависимости; выраженный когнитивный дефицит, когда отсутствует возможность критически оценить ситуацию и осознать последствия оперативного вмешательства.

Далее мы приводим описание нескольких клинических ситуаций (Самара, Клиники Самарского государственного медицинского университета, центр трансплантации органов и тканей), где родственники принимали решение стать донором почки или доли печени для своих близких, однако при тщательном психологическом обследовании с применением клинико-психопатологического метода и набора психодиагностических методик, были диагностированы некоторые психические, поведенческие особенности реципиентов, либо особенности психического статуса и мотивации доноров, затрудняющие проведение родственной трансплантации.

Потенциальный донор Анна Н., 44 года.

Цель обследования: диагностика психического статуса в связи с решением стать донором для дочери, которая в течение года пребывает на гемодиализе.

На момент проведения обследования психическая активность полная, сознание ясное. В месте, пространстве, времени, собственной личности ориентирована полностью, критика к происходящему полностью сохранена. Продуктивная симптоматика отсутствует.

Отношение к проведению обследования и поведение адекватные. Эмоциональный фон ровный, эмоциональные реакции достаточной интенсивности, хорошо нюансированы. Отмечается хороший эмоциональный контроль. Наличие вредных привычек отрицает.

Анна Н. сообщила, что приняла решение стать донором для дочери, надеясь улучшить ее физическое самочувствие, считает, что трансплантация поможет повысить качество жизни дочери. Решение отдать почку приняла сознательно совместно с супругом. Полностью осознает последствия оперативного вмешательства. Отношение к предстоящей операции адекватное, уровень готовности к сотрудничеству с медперсоналом высокий. Настроена решительно. Сообщила, что очень переживает за дочь, которая оказалась «эмоционально надломлена» после перехода на гемодиализ; стараются всячески помогать дочери соблюдать рекомендации врачей, заботятся о ней, поддерживают. Отношения с супругом и другими родственниками конструктивные, доброжелательные, уровень социальной поддержки высокий. Отношение к предстоящему оперативному вмешательству адекватное.

*Личностные особенности реципиента:* высокий уровень ответственности,

устойчивость к стрессам, эмоциональная уравновешенность, решительность, высокий самоконтроль, ориентация на достижение значимых целей и решение практических задач, сдержанность. Умеренно повышен уровень внутренней напряженности.

*Когнитивная сфера.* Анна N. предъявляла жалобы на умеренную забывчивость. Во время проведения обследования (с использованием набора нейро- патопсихологических методик) вработываемость высокая, динамика протекания психических процессов выше средней, равномерно сохраняется таковой на протяжении всего исследования. Способность к концентрации, распределению и переключению активного внимания достаточные. Эффективность выполнения проб на непосредственное запоминание словесной информации – 100% с четвертого воспроизведения; смысловой компонент памяти сохранен, отмечено наличие умеренной интерференции при предъявлении гетерогенного материала. Мотивационный компонент памяти сохранен.

Суждения последовательны, целенаправленность мыслительной деятельности сохранена, отмечено умеренное снижение уровня обобщения.

Таким образом, психопатологической симптоматики в результате обследования не выявлено; особенности когнитивной сферы соответствуют возрастной норме. Психологических противопоказаний к оперативному вмешательству нет.

Потенциальный реципиент, Александра N., 20 лет

Цель обследования: диагностика психического статуса в связи с постановкой в лист ожидания на трансплантацию почки.

На момент проведения исследования сознание ясное, психическая активность достаточная. В месте, времени, собственной личности ориентирована полностью. Мотив исследования понимает. Настроена доброжелательно.

Предъявляет жалобы на повышенную утомляемость, перепады настроения, переживания в связи с ограничением жизненных возможностей в связи с заболеванием, умеренное снижение памяти, внимания.

Отношение к ситуации исследования адекватное. *Эмоциональный фон* на протяжении исследования умеренно снижен, пациентка тревожна, напряжена, испытывает сложности при разговоре на тему болезни. Имеется умеренный дефицит эмоционально-волевого контроля. Динамика психической работоспособно-

сти колеблющаяся, пациентка быстро истощается.

*Когнитивные функции:* диагностированы умеренное снижение устойчивости внимания и оперативной памяти.

*Психологический анамнез:* при переводе на диализ имела место психическая реакция по типу расстройств адаптации с преобладанием переживаний депрессивного спектра.

*Критика* к ситуации заболевания умеренно снижена.

*Социальная ситуация:* в настоящее время стабильная. Пациентка учится на заочной форме обучения в одном из вузов г.Самары. В свободное время посещает спортзал, читает. Проживает в семье с родителями, отношения с родственниками стабильные, конструктивные. Родители заинтересованы в проведении операции.

Личность психастенического склада, с преобладанием интравертированных черт – отмечается склонность к замкнутости, уединению, обособленности, склонность не делиться своими переживаниями, высокая ранимость. Имеются трудности в установлении межличностных контактов. Поведение в болезни по типу «раздражительной слабости», иногда возможны вспыльчивость, нетерпеливость с последующим сожалением и раскаянием за произошедшее. Характерная реакция – уход в себя, сосредоточенность на собственных переживаниях, обидчивость. Неустойчивость самооценки сочетается с повышенной эмоциональностью. Адаптация идет длительно, требуется время для принятия важного решения, принятие новой модели ситуации. Основная стратегия совладания со стрессом болезни – избегание решения проблем, отрицание происходящего.

Характерны повышенное беспокойство, мнительность, постоянная склонность к сомнениям, озабоченность возможностью неблагоприятного исхода оперативного вмешательства.

*Основная мотивация постановки в лист ожидания* на операцию пересадки почки – сохранить оптимально возможный уровень здоровья, но отметила, что на трансплантации в большей степени настаивают родители. Испытывает чувство вины перед матерью, которая согласилась стать для нее донором. Также сообщила, что к настоящему времени привыкла к диализу, не видит особых проблем в этой процедуре. На момент обследования имеются сомнения относительно необходимости операции, выраженное чувство страха, опасения относительно побочных действий иммуносупрессии в посто-

перационный период. Переживания объясняет «неожиданностью случившегося».

*Комплаенс* формально-пассивный. Осознание болезни неполное, имеются внешние установки на получение помощи, избирательность в отношении методов лечения, слабость побудительных мотивов, пассивное подчинение лечебным процедурам. Режим питания и питьевой режим иногда нарушает (объяснение: «Не смогла удержаться»).

*Риск:* эмоционально-волевая незрелость пациентки, психастения, высокий уровень тревожности, мнительности, нерешительность.

Нуждается в эмоциональной поддержке, имеется высокая потребность в чутком, заботливом отношении со стороны окружающих.

Рекомендована психокоррекционная работа с целью дезактуализации тревожных опасений. Операция отложена.

Потенциальный донор Татьяна V., 42 г.

*Цель обследования:* диагностика психического статуса в связи с решением стать донором почки для сестры.

На момент проведения обследования психическая активность полная, сознание ясное. В месте, пространстве, времени, собственной личности ориентирована полностью, критика к происходящему сохранна. Продуктивная симптоматика отсутствует. Эмоциональный фон снижен, отмечается эмоциональная лабильность, дефицит эмоционального контроля.

*Мотивация* стать донором противоречивая. Пациентка пояснила, что «боится испортить отношения с сестрой», сообщила, что принятое решение стать донором для своей сестры неокончательное, «на крайний случай». Во время беседы расплакалась. Беспокоится о последствиях операции. Социальная ситуация нестабильная. Работает, чтобы платить за обучение дочери.

*Личностные особенности.* В структуре личности преобладают зависимые черты, не может противостоять авторитетному мнению, склонна подчинять собственные потребности потребностям окружающих. Характерны эмоциональная незрелость, выражен тревожно-мнительный радикал, повышена чувствительность к критике в свой адрес. В действиях зависима от окружения, не всегда может отстоять свою точку зрения, нуждается в поддержке. К обязанностям относится добросовестно. Однако не уверена в своих силах, своей компетентности. Самооценка снижена, диагностирована склонность к депрессивным реакциям.

Потенциальный реципиент Ольга V., 33 г.

*Цель обследования:* диагностика индивидуально-личностных особенностей, комплаенса, отношения к заболеванию в связи с постановкой в лист ожидания на операцию трансплантации почки.

В анамнезе была родственная пересадка в 2006 г., трансплантат был удален спустя полгода по медицинским показаниям (отторжение). Со слов медперсонала постоянно нарушала режим, своевременно не являлась на обследование.

На момент беседы эмоциональный фон несколько приподнятый, демонстрирует пренебрежительное отношение к происходящему. Поведение демонстративное, сознательно старается перейти к неформальному общению. Отношение к произошедшему характеризует: «что было, то было», «во второй раз должно повезти».

*Основной мотив* постановки в лист ожидания на операцию пересадки почки характеризует как «желание быть более свободной», «вот повезло, сестра согласилась стать донором».

*Социальная ситуация.* Пациентка в настоящее время не работает, проживает с родителями, дочерью от первого брака, гражданским мужем. Занимается воспитанием дочери, домашним хозяйством, в свободное время гуляет, занимается вязанием.

*Уровень комплаенса* ниже среднего. Тип комплаенса – нестабильный (недостаточная организованность, непоследовательность действий, клещению и медицинским рекомендациям отношение противоречивое, поведение характеризуется импульсивностью). По данным психодиагностики общий психологический фон можно охарактеризовать как неблагополучный. выявляются скрытые суицидальные тенденции, высокая склонность как к самоагрессии, так и к открытому агрессивному поведению, переживания давления извне. Имеются сложности в выборе средств достижения цели, отсутствует четкость планирования и решения поставленных задач.

*Результаты диагностики личностных особенностей, когнитивной сферы.* Диагностирована склонность к доминированию, стремление управлять другими, авторитарность, упрямство, своеобразие, конфликтность, агрессивность, отказ от признания внешней власти. Высокий уровень подозрительности, недоверие окружающим, эгоцентричность, стремление возложить ответственность за свои ошиб-

ки на окружающих, раздражительность, независимость и автономность в социальном поведении. В отношениях проявляется излишняя защита, высокий уровень социальной фрустрированности.

Помимо этого, выявлены высокие показатели личностной тревожности, внутренней напряженности, раздражительности, взвинченности, подверженности настроениям. Преобладает постоянная озабоченность, неуверенность в себе, склонность к дурным предчувствиям, чувство вины, недовольство собой. В поведении могут проявляться импульсивность, склонность к конфликтам, стремление противопоставлять себя окружающим. Волевые качества развиты плохо, самоконтроль слабый, имеется склонность поворачивать своим желаниям. Деятельность носит неупорядоченный характер, дисциплинированность слабая, в поведении преобладает небрежность.

Тип мышления и деятельности радикальный, по большинству вопросов имеет свое мнение, которого и склонна придерживаться.

*Тип отношения к болезни* анозогнозический (дефицит информации о заболевании, активно отбрасывает мысль о последствиях, недооценивает значимость происходящего).

*Основной риск* – недостаточная самокритика, игнорирование рекомендаций, склонность к доминантному и манипулятивному поведению, импульсивность, реакции аутоагрессии.

Учитывая факт «психологического давления» на потенциального донора и отсутствие четкой мотивации стать донором у сестры, в настоящее время родственная трансплантация нежелательна. Учитывая особенности психического статуса пациентки и низкий комплаенс, трупная трансплантация в ближайшее время также нежелательна. С целью оптимизации комплаенса пациентке рекомендовано посещение занятий в школе больных хронической почечной недостаточностью, занятия с психологом.

*Потенциальный реципиент Любовь Р., 44 г.* Диагноз основной: цирроз печени смешанного генеза. В анамнезе – злоупотребление алкоголем (со слов дочери, сама больная этого не признает, общается, что она «любительница выпить»).

*Цель обследования:* диагностика психического статуса в связи с принятием решения о родственной трансплантации доли печени

Во время обследования сознание пациентки несколько спутанное, речь заторможенная, психическая активность

снижена, значительно увеличен латентный период ответной реакции. Высокая истощаемость психической деятельности. Настроение колеблющееся, во время беседы отмечались как эпизоды дисфории, так и благодушное настроение. Критика к себе, к своему поведению, к заболеванию, к ситуации возможного оперативного вмешательства снижена. К решению дочери стать донором отнеслась положительно, когда говорила на эту тему, смеялась. Последствий оперативного вмешательства для дочери не осознает, игнорирует информацию о возможном вреде для здоровья дочери. Считает, что после трансплантации станет абсолютно здорова. Игнорирует информацию о том, что необходимо будет придерживаться ряда рекомендаций после операции, полностью исключить алкоголь. Один из вопросов, который волновал пациентку, – можно ли после операции принимать спиртные напитки. От комплексной психодиагностики отказалась. По результатам экспресс-тестов для диагностики когнитивной сферы и эмоционального состояния отмечается снижение когнитивных функций, интеллектуальная недостаточность, невозможность решить примитивные задачи, выраженный дефицит эмоционально-волевого контроля. Нарушены механизмы планирования и целеполагания.

*Потенциальный донор, Елизавета М., 22 года (дочь).* В настоящее время замужем, детей нет. Психическая активность достаточная, сознание ясное. Образование среднее. По данным клинико-психологической беседы отмечается склонность к принятию импульсивных решений, имеет место эмоциональная неустойчивость, подверженность влиянию чувств. Критика к происходящему снижена. Решение стать донором в большей степени было принято из чувства долга. Информацию о возможности стать донором нашла в интернете. Полностью медицинских последствий оперативного вмешательства для себя не осознает. О сроках реабилитации в постоперационный период не осведомлена.

В связи с отсутствием полного понимания последствий пересадки доли печени для реципиента, с учетом импульсивного принятия решения стать донором для своей матери и невозможности оценить отдаленные последствия ее поведения при благоприятном исходе операции (употребление алкоголя), Елизавете М. рекомендовано отложить принятие решения сроком на 1 месяц, обсудить сложившуюся ситуацию с мужем. Пациентке

рекомендовано обратиться за консультацией к наркологу.

*Таким образом*, в каждом конкретном случае комплексная клинико-психологическая диагностика родственной пары «донор-реципиент» дает возможность наметить основные пути дальнейшей организационной и психологической работы и с донором, и с реципиентом, что в общем позволяет оптимизировать деятельность всей трансплантологической бригады, предотвратить негативные социально-психологические и медицинские последствия родственной трансплантации.

#### Список литературы

1. Васильева И.В. Качество жизни больных при лечении гемодиализом: биологические и психосоциальные факторы, методы оценки и подходы к коррекции: автореферат дис. ...докт. психол. наук: 19.00.04 – Медицинская психология. СПб, 2010. 45с.
2. Готье С.В., Мойсюк Я.Г., Хомяков С.М. Донорство и трансплантация органов в Российской Федерации в 2014 году. VII сообщение регистра Российского трансплантологического общества // Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2015. Т. 17. №2. С. 7-22.
3. Готье С.В., Монахов А.Р. Обследование, отбор и подготовка прижизненных доноров фрагмента печени для трансплантации детям. Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2015. Т. 17(1). С.134-146.
4. Данович Г.М. Трансплантация почки / Пер. с англ. Под ред. Я.Г. Мойсюка. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 848 с.
5. Климушева Н.Ф., Баранская Л.Т., Шмакова Т.В. Органное донорство в контексте интеграции клинической психологии и трансплантационной медицины // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология», 2013. Т.6. №2. – С.79-85.
6. Климушева Н.Ф., Баранская Л.Т., Шмакова Т.В. Психологические факторы развития трансплантологии // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2014. № 4(27) [Электронный ресурс]. URL: <http://mpj.ru> (дата обращения: 25.09.2015).
7. Кувшинова Н.Ю., Мостовая Л.И. Отношение к факту пересадки органа у пациентов отделения трансплантации почки: смысл происходящего и адаптация к болезни // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике. Санкт-Петербург, ноябрь, 2012 г. – Вып. XII / Под общей редакцией В.И. Мазурова. – СПб., 2012. – С.142-148.
8. Куков К., Джорджанова А. Психологические аспекты трансплантологии и органного донорства как проблема клинической психологии // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология», 2014. Т.7. №4. – С.52-58.
9. Никольская Н.С. Особенности самосознания больных в ситуации предельного витального риска: автореферат дис. ...канд. псих. наук: 19.00.01 – Общая психология, психология личности, история психологии 19.00.04 – Медицинская психология. – М, 2012. – 24 с.
10. Психосоматика: телесность и культура: учебное пособие для вузов / Под ред. В.В. Николаевой. – М.: Академический Проект, 2009. – 311 с.
11. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: «Питер», 2000.
12. Dew M.A., Jacobs C.L., Jowsey S.G. et al. Guidelenes for the psychosocial evaluation of living unrelated kidney donors in the United States // Am. J. Transplant, 2007. № 7. –P.1047-1054.
13. Jones J., Payne W.D., Matas A.J. The living donors: risks, benefits and related concerns // Transplant. Rev. 1993. № 7. – P. 115–128
14. Tanaka K., Inomata Y. Living Related Liver Transplantation in Pediatric Recipients / Busuttill R.W., Klintmalm G.B., editors. Transplantation of the Liver. – Philadelphia: Elsevier; 2005. – P. 629–645.
15. Valentinn-Gamazo C., Malagy M., Karliova M. et al. Experience after the evaluation of 700 potential donors for living donor liver transplantation in a single center // Liver Transpl, 2004. 10 (9). – P.1087–1096.