

МЕТОДОЛОГИЯ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ В ПЕРИОД ОЖИДАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНА

Т.Г. Михайличенко¹, О.Ю. Щелкова²

¹ Российский научный центр радиологии и хирургических технологий Минздрава России, г. Санкт-Петербург

² Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург

Приводится аналитический обзор современных отечественных и зарубежных психологических исследований больных аутоиммунными заболеваниями печени (АИЗП). На основании данных литературы и собственного опыта психологической работы с больными в терминальной стадии АИЗП сделан вывод о том, что в период ожидания ортотопической трансплантации печени (ОТП) среди всех психологических феноменов наиболее адекватным и обоснованным является изучение психологической адаптации личности к болезни. В соответствии с этим в статье приводятся теоретические предпосылки изучения психологической адаптации больных АИЗП, основанного на современной биопсихосоциальной модели здоровья и болезни и на системной концепции психической адаптации. Рассмотрены отдельные компоненты подструктуры психологической адаптации (механизмы психологической защиты, копинг-механизмы, внутренняя картина болезни и др.). Предлагается разработанная авторами методология изучения психологической адаптации больных АИЗП в период ожидания трансплантации печени, апробированная в научных исследованиях и практической деятельности медицинских психологов Российского научного центра радиологии и хирургических технологий (г. Санкт-Петербург).

Ключевые слова: методология, аутоиммунные заболевания печени, трансплантация печени, психологическая адаптация, копинг-стратегии, личностные ресурсы.

Введение. За последние десятилетия были достигнуты существенные успехи в трансплантологии, что выразилось в увеличении выживаемости и длительности жизни реципиентов. В то же время число больных, направляемых к трансплантологам, также возрастает, что вызывает потребность в новых исследованиях больных как в период ожидания, так и после трансплантации печени.

В настоящее время в Российской Федерации проведено сравнительно немного исследований в области психологии больных аутоиммунными заболеваниями печени (АИЗП) в период ожидания ортотопической трансплантации печени¹ (ОТП) (Герасимова и др., 2010; Михайличенко и др. 2011; Столярова, Щелкова, 2013, Климушева, 2014). Анализ современной зарубежной литературы показывает, что

большинство исследований направлены на изучение качества жизни (КЖ) больных с различным нозологическими формами АИЗП до и после ОТП, а также исследованию социально-демографических характеристик больных (Aberg et al., 2009; Stille et al., 2010; Telles-Correia et al., 2011; Schramm et al., 2014). В исследованиях подчеркивается необходимость изучения КЖ до трансплантации печени, что продиктовано тяжестью соматического состояния пациентов, которое сопровождается выраженным психологическим дискомфортом и оказывает влияние на все сферы жизнедеятельности (Bean, 2005; Gutteling et al., 2007; Lobo et al., 2013). При изучении КЖ после ОТП исследователи делают акцент на физическом функционировании и на психологических (в основном эмоционально-аффективных) факторах, оказывающие влияние на жизнедеятельность пациента в восстановительном периоде (O'Carroll et al., 2003). Ряд работ посвящен лонгитюдным исследованиям КЖ и социальному функционированию больных до и после ОТП (Caccamo et al., 2001; Burra et al., 2005; Martin-Rodriguez et al., 2013). Среди па-

¹ Ортотопическая трансплантация (от греч. orthos – прямой, правильный + topos – место) – операция пересадки органа или ткани на обычное для данного органа или ткани место (в узком понимании – пересадка донорской печени на место этого удаленного у пациента органа).

бот, посвященных психологическому статусу больных АИЗП, центральное место занимают исследования эмоционально-аффективных состояний, в которых главное внимание уделяется депрессии и тревоге как факторам, влияющим на течение и прогноз заболевания (Wilson et al., 2010; Corruble et al., 2011; Stewart et al., 2014). Отдельно следует отметить работы, направленные на изучение стресса болезни, в которых это состояние нередко обозначается как посттравматическое стрессовое расстройство (Chibnall et al., 2002; Krauseneck et al., 2005; Shu-Guang Jin et al., 2012).

Еще одно направление психологических исследований больных с тяжелой патологией печени составляет изучение когнитивных нарушений, квалифицируемых как печеночная энцефалопатия различной степени, а также изучение сопутствующей основному заболеванию неврологической симптоматики (Randolph, 1998; Arguedas et al., 2003; Patel et al., 2012). В последние годы изучается прогнозирование приверженности терапии (Pinsky et al., 2009; Stillely et al., 2010; Serper et al., 2015).

Таким образом, исследования показывают важную роль психологических факторов в развитии болезни и эффективности ее лечения, а также в дифференцированном виде описывают изменения психического состояния, когнитивной деятельности, личности и качества жизни больных АИЗП. В то же время собственный многолетний опыт работы в клинике трансплантации печени убеждает авторов в том, что среди психологических аспектов АИЗП наиболее важным является вопрос о психологических механизмах, помогающих (или мешающих) адаптироваться больному к жизни в ситуации хронического жизнеопасного заболевания. В этой ситуации особое место занимает период нахождения в «листе ожидания» ОТП – период, сопровождающийся интенсивными переживаниями и надеждами в укоренившейся ситуации витальной угрозы и, одновременно, с тревогой в отношении дальнейшей жизни с трансплантатом.

Несмотря на то, что в последние годы появился ряд работ, посвященных психологическим и психосоциальным аспектам трансплантации печени (Stillely et al., 2010), период ожидания пересадки органа остается мало изученным в психологическом аспекте (Куков, 2014). В то же время очевидно, что больные, ожидающие операции, остро нуждаются в психо-

логическом сопровождении и целенаправленной помощи. В связи с этим возникла необходимость разработки и апробации методологического подхода в изучении психологической адаптации к болезни страдающих АИЗП пациентов в период подготовки к трансплантации органа (Герасимова с соавт., 2010; Михайличенко с соавт., 2010; Столярова, Щелкова, 2013).

Теоретические основы изучения психологической адаптации больных АИЗП. Общеизвестным среди специалистов помогающих профессий в настоящее время является интеграционный подход к изучению человека, в единстве биологических, психологических и социальных свойств. Во многом на формирование такого взгляда повлияли научные работы в области психосоматики и психологии соматического больного, концепция о взаимовлиянии соматического и психического (Любан-Плоцца с соавт., 1996; Бройтигам с соавт., 1999; Вассерман с соавт., 2011, 2014), что позволило преодолеть биомедицинскую односторонность в понимании здоровья и болезни человека. Все это способствовало развитию совместной врачебно-психологической помощи больному, а также изменению взгляда на процесс адаптации пациента к уже имеющемуся у него заболеванию, который соответствует системному пониманию процесса адаптации (Александровский, 2000; Березин, 2003; Вассерман с соавт., 2011).

В рамках современной теории адаптации, рассматривающей ее с точки зрения биопсихосоциальной природы человека, можно выделить несколько исследовательских направлений: биохимическое, физиологическое (психофизиологическое), психологическое и социально-психологическое (Березин, 1988; Вассерман с соавт., 2011). Важно отметить, что проблема психической адаптации представляет собой важную область исследований, расположенную на стыке различных областей знаний (физиологии, психологии, медицины), приобретающую в современных условиях все большее значение.

Важнейшей характеристикой психической адаптации человека является ее активно-приспособительный характер и наличие механизмов сознательного саморегулирования, в основе которых лежит субъективная индивидуально-личностная оценка стрессовых воздействий. Это послужило основанием для выделения в целостной системе психической адаптации

подсистемы психологической адаптации. По современным представлениям, психологическая адаптация включает в себя комплекс защитно-приспособительных образований, таких как стратегии и ресурсы совладающего со стрессом поведения (копинг), психологическая защита, а в случае развившегося заболевания – «внутренняя картина болезни». Существенное влияние на механизмы психологической адаптации оказывают личностные особенности индивида (Коцюбинский с соавт., 2004).

В связи с этим изучение механизмов психологической защиты (МПЗ) и механизмов копинга составляет важную задачу психологической диагностики, связанную с изучением адаптации личности к хроническому соматическому заболеванию. Именно МПЗ и механизмы копинга определяют успешность личностно-средового взаимодействия и адаптации к различным условиям функционирования личности, в том числе к условиям болезни. Психологические исследования при этом опираются на общепсихологическое понимание МПЗ и копинга, а также на эмпирические данные об их специфике у соматических больных.

Механизмы психологической защиты рассматриваются преимущественно как неосознаваемые, вынужденные, автоматические реакции личности, которые направлены на ослабление психотравмирующих воздействий и снижение эмоционального напряжения, они выступают в качестве средства снижения тревоги, обусловленной глубинными трудно осознаваемыми личностными противоречиями (Фрейд, 2003; Грановская, 2007).

Существуют примеры группировки механизмов психологической защиты по различным основаниям (Урсано с соавт., 1992; Психологическая диагностика индекса..., 2005). Специально для унифицированной оценки МПЗ больных соматическими заболеваниями Н.Н. Петровой (2004) выделены четыре основных типа психологической защиты: вытеснение субъективно значимых отрицательных переживаний; переключение активности на менее значимые вопросы; асоциализация; уход от проблем. Эта классификация сходна с типологией МПЗ, учитывающей степень активности противодействия стрессу, трудным ситуациям, болезни (Психологическая защита у больных..., 1997). Выделение именно этих МПЗ в клинике соматических заболеваний не является случайным, так как связано с отрицательным влиянием на течение заболеваний и эф-

фективность лечения снижения психической активности больных.

В целом, в многоуровневой системе психической адаптации МПЗ выступают инструментом интрапсихической адаптации, сохранения единства и стабильности личности; они выступают как средства разрешения психологических конфликтов, ликвидации тревоги и нейтрализации личностных реакций на эмоционально значимые стимулы. В то же время ригидность МПЗ, тесная связь с дезадаптивными стереотипами мышления, переживаний и поведения, включенность в систему сил противодействия целям лечения делают их патологическими. Общей чертой патологических защитных механизмов является отказ личности от деятельности, направленной на продуктивное разрешение ситуации или проблемы, вызвавших негативные, мучительные для «Я» переживания (Психологическая защита..., 1997). При соматических заболеваниях патологическими МПЗ выступают нозофобные, нозофильные, а также анозогнозические реакции, в основе которых лежит фактически отказ от борьбы с болезнью. В любом случае речь идет о дезадаптивных механизмах реагирования на стрессовые воздействия, где в качестве основного стрессора выступает соматическое заболевание.

В последние десятилетия при изучении процессов психической адаптации больных соматическими заболеваниями отмечается повышение интереса к исследованию механизмов совладающего поведения (копинга) – преимущественно сознательно и активно предпринимаемые стратегии действий с целью преодоления негативных переживаний и решения связанных с ними проблем (Исурина с соавт., 1994). При этом главной задачей психологического преодоления являются обеспечение и поддержание благополучия человека, физического и психического здоровья и удовлетворенности социальными отношениями (Weber H., 1992). Таким образом, механизмы копинга в большей степени, чем МПЗ, связаны со здоровыми, положительными сторонами личности, направлены на активное разрешение конфликта, патогенной ситуации и устранение вызванного ими эмоционального напряжения (Аббков, Перре, 2004).

В современной психологии наиболее признанной является транзакционная когнитивная теория стресса и копинга (Lazarus, 1985), в которой:

- механизм преодоления стресса рас-

Библиографические обзоры

смачивается как деятельность личности по поддержанию баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими этим требованиям;

- взаимодействие личности и среды регулируется двумя ключевыми процессами – когнитивной оценкой и копингом (копинг-поведением);

- структура копинг-процесса включает последовательные этапы: восприятие стресса – когнитивная оценка – выработка стратегий преодоления – оценка результата действий.

Отметим, что в теории Р. Лазаруса стрессоры и способы совладания с ними не рассматриваются с точки зрения характеристик ситуации. Однако именно ситуация во многом определяет характер поведения человека, также как меру ответственности и сознательной активности в разрешении проблемы психологического преодоления жизненных трудностей (Анцыферова, 1994). В соответствии с этим копинг рассматривается как индивидуальный способ взаимодействия с ситуацией в соответствии с ее собственной логикой, значимостью в жизни человека и его психологическими возможностями (Нартова-Бочавер, 1997). Очевидно, что такая трактовка совладающего со стрессом (в частном случае – стрессом болезни) поведения является более адекватной для понимания задач психологического исследования в клинике соматических заболеваний, особенно тех, что сопровождаются витальной угрозой или резким изменением стиля и качества жизни.

Считается, что совладающее поведение реализуется посредством использования копинг-стратегий на основе личностных и средовых копинг-ресурсов, рассматриваемых как актуальные ответы личности на воспринимаемую угрозу и как способ управления стрессом (Moos, 1984). Большинство известных стратегий являются производными от двух способов психологического преодоления – копинга, нацеленного на эмоции (главным образом, на изменение установок в отношении ситуации) и копинга, нацеленного на решение проблемы (Lazarus, 1985). Кроме того, выделяется активное и пассивное копинг-поведение.

Отмеченные положения теории стресса и копинга нашли отражение в эмпирических исследованиях механизмов адаптации личности к соматическому заболеванию. В подавляющем большинстве исследований выборки пациентов с различными соматическими заболеваниями выявлено, что активный, проблемно-

ориентированный копинг является оптимальным способом совладания со стрессом болезни, обеспечивающим достаточно высокое качество жизни. Предпочтение же выбору пассивных эмоционально-ориентированных копинг-стратегий соотносится с высокой вероятностью нарушений психической адаптации, низким качеством жизни и неблагоприятным течением заболевания (Васильева с соавт., 2004; Трифонова, 2005; Ахмедова с соавт., 2008; Усманова, 2014; McCathie et al., 2002). Использование пассивных эмоционально-ориентированных копинг-стратегий часто сочетается с низким уровнем приверженности лечению (Barton et al., 2003; Iakovleva et al., 2016).

Следует, однако, подчеркнуть, что рассматривать эмоционально-ориентированные копинг-стратегии как безусловно дисфункциональный способ совладания со стрессом болезни было бы неправильно. Показано, например, что применение активных эмоционально-ориентированных копинг-стратегий (положительной переоценки, самоконтроля) при онкологических заболеваниях позволяет пациентам существенно снизить уровень тревоги и депрессии в связи с неконтролируемой угрозой для жизни и высокой неопределенностью ситуации (Вассерман с соавт., 2011).

Таким образом, изучение механизмов копинга является важной задачей психологических исследований в соматической клинике, тесно связанной задачами психотерапии и профилактики дезадаптивных форм поведения.

Одним из важнейших компонентов адаптации личности к соматическому заболеванию является «внутренняя картина болезни» (ВКБ), формирующаяся на основе субъективного отражения болезни в психике человека. Таким образом, ВКБ выступает как индивидуально-личностное психологическое образование, элемент самосознания больного, формирующийся в условиях болезни. Содержание ВКБ, связанное с особенностями самосознания и самооценки больного, в значительной мере зависит от условий его существования, социального окружения, жизненного опыта.

Известны сложные иерархические модели, отражающие строение ВКБ (Ташлыков, 1984; Николаева, 1994), представленность и взаимодействие в ней различных сфер психической деятельности, что позволяет понимать ее как личностный механизм, определяющий системный ответ человека на болезнь (Штрахова, 2008; Психосоматика..., 2009).

Таким образом, налицо многообразие понятий и психологических конструктов, отражающих субъективную составляющую клинической картины заболевания, возможные реакции личности на болезнь. Такого рода конструкты создаются не только для теоретического осмысления взаимоотношений личности и болезни, но и имеют существенное практическое значение для изменения неадекватных реакций личности на болезнь, создания у больных реалистических установок на лечение, восстановление социальных связей в ближайшем и более широком окружении. Задачи психологического исследования в этом случае имеют четкую направленность на определение «мишеней» психологического вмешательства, то есть в выявлении неадекватных и дезадаптивных компонентов «внутренней картины болезни».

Развивая тему связи диагностики ВКБ с задачами психотерапии в соматической клинике, следует отметить, что основой для достижения психотерапевтического эффекта является изменение отношения больного к заболеванию. Именно понятие отношения к болезни является в наибольшей степени способным обобщенно отразить психологическое содержание приведенных выше понятий, интегрирует все психологические категории, в рамках которых анализируется ВКБ: знание о болезни, понимание роли и влияния болезни на социальное функционирование, эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с болезнью и др.

Отношение к болезни, как и любое психологическое отношение индивидуально и своеобразно у каждого больного. Однако отношение конкретного человека, оставаясь уникальным, может быть описано через принадлежность его к определенным психологическим типам отношений, то есть через выявление сходства с отношениями других людей. Типологический подход к описанию психологических отношений позволяет использовать методы научного обобщения для лаконичной передачи самых существенных сведений об отношении конкретного больного к своей болезни. Это, в свою очередь, дает возможность клиническому психологу и лечащему врачу использовать эти сведения для построения личностной диагностики и психотерапии (Иовлев, Карпова, 1999).

В связи с этим важной задачей становится определение типа отношения к болезни на основе использования существующих в настоящее время типологий и систематик, прежде

всего – типологии, разработанной в школе медицинской психологии В.М. Мясичева. Применение этой типологии предполагает выделение преобладающего типа отношения к болезни, на формирование которого влияют три основных группы факторов: 1) особенности заболевания; 2) особенности личности больного; 3) социально-психологические факторы (Вассерман с соавт., 2011).

В процессе психологической адаптации к заболеванию отношение к болезни у пациента претерпевает определенные изменения, связанные с клинической динамикой и возникновением некоторых социальных изменений. По мнению Дж. Морс и Дж. Джонсон, психическая адаптация к заболеванию включает в себя четыре фазы (цит. по: Вассерман с соавт., 2010, с. 91): 1) фаза неопределенности; 2) фаза кризиса; 3) фаза преодоления; 4) фаза восстановления: стабилизация соматического и эмоционального состояния, принятие болезни и ее последствий. По мнению Р.А. Fennell (2003), модель адаптации к болезни, которая включает в себя следующие сходные с выше приведенными четыре фазы: 1) кризис (переживание психологической травмы); 2) стабилизация (формирование рационального отношения к болезни); 3) экзистенциальный конфликт (принятие факта болезни); 4) интеграция (принятие болезни и ситуации, с ней связанной). При этом подчеркивается, что прохождение этих четырех стадий не является окончанием процесса адаптации. В любой момент пациент может пережить новый кризис, связанный с психотравмирующими событиями, обусловленными заболеванием. Кризис в восприятии пациента не всегда связан с кризисом в течении заболевания, а интеграция – с ремиссией: динамика психической адаптации и динамика соматического состояния могут не соответствовать друг другу. Следует отметить, что в последние годы отношение к болезни рассматривается как один из факторов приверженности лечению или комплаентности (Яковлева с соавт., 2015; Mathes et al., 2014).

Таким образом, болезнь влияет на картину мира пациента, на его окружающий и внутренний мир. Задачей больного является приспособление к этому изменившемуся миру, к новым условиям своего существования уже с учетом болезни и всех изменений, которые она вносит в его жизнь. В этом контексте существенный интерес представляет изучение

соотношения отдельных компонентов системы психологической адаптации к болезни (Вассерман с соавт., 2011).

Важнейшим фактором адаптации к болезни выступают индивидуально-психологические особенности личности больного, которые можно рассматриваются как «внутренние» ресурсы копинга (Lazarus, 1985; Petrez, Reicherts, 1992.). Не требует доказательств тезис о том, что наибольшее значение имеет степень активности собственных усилий больного, направленных на выздоровление, чувство личной ответственности за происходящие с ним события, тесно связанные с готовностью к конструктивному сотрудничеству с врачом. Особое значение это положение приобретает в контексте концепции реабилитации, основным принципом которой является апелляция к личности больного и представление ему возможно большей самостоятельности и ответственности, формирование такого отношения к лечению, при котором больной осознает причинную связь между собственными действиями, заболеванием и возможностями выздоровления, а врача рассматривает как партнера в этом процессе (Кабанов, 2001; Климушева, 2013). Современные представления о комплаенсе подразумевают именно активную позицию больного по отношению к лечению и партнерскую модель отношений с лечащим врачом (Любан-Плоцца, 1996; Данилов, 2008). Таким образом, активность личности в преодолении жизненных трудностей является необходимым условием при хронических заболеваниях, где для предотвращения осложнения заболевания необходимо четкое выполнение лечебных процедур, развитие у больных более эффективных механизмов совладания со стрессом (Ташлыков, 1997). Среди личностных особенностей, кроме активности, выступающей главным условием преодоления стресса болезни, в литературе выделяется еще ряд влияющих на эффективность преодоления стресса черт личности: копинг-компетентность, самоэффективность, интернальность (Вассерман с соавт., 2010).

Наряду с личностными особенностями важную роль в процессе адаптации к болезни играет социальная поддержка, которую, в свою очередь, можно рассматривать как внешний ресурс преодоления стресса болезни.

Выделяют три функции социальной поддержки: 1) информационная поддержка (советы, рекомендации и т. д.); 2) эмоциональная

поддержка (проявление сочувствия, выражение доверия и т. д.); 3) инструментальная поддержка (услуги, материальные средства). Также различают общую и специфическую (связанную с заболеванием) социальную поддержку. Последняя включает в себя, например, предоставление информации о болезни или оказание эмоциональной поддержки при переживании дистресса в связи с заболеванием. При этом социальная поддержка может иметь как положительное значение, связанное с использованием внешнего ресурса для адаптации к ситуации болезни и лечения, так и негативное значение, например, «проблематичная социальная поддержка», проявляющаяся несоответствием характера и объема предоставляемой поддержки тем или иным потребностям пациента.

Таким образом, теоретической основой изучения психологической адаптации больных АИЗП выступает системная концепция психической адаптации человека, в структуру которой важным и обязательным звеном входит подструктура психологической адаптации, в том числе адаптация к сложным условиям хронического соматического заболевания, тяжелого и длительного лечения, неопределенного и угрожающего жизни прогноза. В свою очередь, механизмами психологической адаптации к стрессу болезни, по современным представлениям, выступают:

- неосознаваемые механизмы психологической защиты, направленные на снижение уровня напряжения, тревоги и поддержание самооценки на приемлемом уровне;
- механизмы копинга – «внутренние» личностные и «внешние» социальные ресурсы, а также преимущественно осознанные стратегии стресс-преодолевающего поведения;
- «внутренняя картина болезни» и тип отношения к болезни, в формировании которых, в свою очередь, имеют существенное значение не только объективные клинические (медико-биологические) параметры болезни, но и субъективно-личностные характеристики больных и особенности его жизненной ситуации.

Именно с этих позиций с 2010 года в Российском научном центре радиологии и хирургических технологий (г. Санкт-Петербург) проводятся комплексные клиничко-социально-психологические исследования больных на

этапах ожидания ОТП и в восстановительном периоде после трансплантации печени.

Клинические и клинико-психологические аспекты изучения психологической адаптации больных АИЗП. Внедрение идей и методов медицинской психологии в клинику соматических заболеваний происходит интенсивно и связано с все большим пониманием важной роли личности больного и социально-психологических факторов в развитии заболеваний и в лечебном процессе. Немаловажное значение имеет и изучение тех изменений, которые болезнь привносит в актуальное состояние больного, в его личность и социальное функционирование. В связи с этим современные подходы к оценке результатов лечения учитывают три плоскости рассмотрения терапевтической динамики: психофизиологическую и собственно соматическую, психологическую и социальную (Основы клинической психологии ... , 2005). В связи с этим психолог, работающий в клинике, не являясь врачом и тем более – лечащим врачом, тем не менее должен быть осведомлен об основных клинических характеристиках больных и учитывать их в своей психодиагностической и психотерапевтической работе.

Из медицинской литературы известно, что аутоиммунные заболевания получают свое развитие вследствие патологической выработки аутоиммунных антител или размножения аутоагрессивных клонов киллерных клеток против здоровых тканей организма, приводящих к повреждению и разрушению нормальных тканей и развитию аутоиммунного воспаления (Герасимова с соавт., 2010). Воспалительные процессы, в свою очередь, приводят к нарушению иммунитета, вследствие чего организм утрачивает способность распознавать и отличать собственные ткани от чужеродных.

Аутоиммунные заболевания печени являются хроническими заболеваниями с недостаточно изученным этиопатогенезом. В клиническом плане важно, что в основе АИЗП лежит нарушение иммунной толерантности по отношению к собственной ткани печени; при этом триггерный фактор определить трудно: на начальных стадиях болезнь, как правило, протекает бессимптомно, в результате чего вызвавший заболевание фактор остается не известным (Лейшнер, 2005). Клинически АИЗП может проявляться аутоиммунным гепатитом (АИГ), первичным склерозиру-

ющим холангитом (ПСХ) и первичным билиарным циррозом (ПБЦ). Для каждого из них характерно непрерывное, прогрессирующее течение с исходом в цирроз печени. В терминальной стадии заболевания единственным способом справиться с болезнью и сохранить жизнь пациенту является ОТП, при которой на фоне очевидных достижений хирургии отмечаются существенный дефицит исследований психологических, социальных и этических аспектов пересадки печени (Герасимова, 2010; Stille et al., 2010).

Для каждой нозологической формы АИЗП существуют характерные особенности течения болезни, и, соответственно, характерная психологическая картина переживаний и поведения больных. Общими и наиболее частыми жалобами пациентов с АИЗП являются выраженная слабость, кожный зуд, повышенная утомляемость, снижение физической активности, боли в суставах и мышцах, раздражительность, нарушения сна, плаксивость. Осложнениями заболевания являются портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода, асцит и печеночная энцефалопатия (Лейшнер, 2005). Нарушения в психической сфере носят преимущественно неврозоподобный характер и проявляются в снижении и колебаниях фона настроения, повышенной тревожности, усиливающихся по мере прогрессирования заболевания.

Представляется, что нозоспецифических и индивидуально-психологических отличий в сложном клинико-психологическом комплексе проявлений АИЗП позволяет формировать конкретные задачи психологической диагностики и коррекции.

Методические основы изучения психологической адаптации больных АИЗП. Современные принципы терапии ориентированы во многом на мобилизацию и активацию резервов больного человека. Среди этих резервов большую роль играют психологические возможности его личности. Следует согласиться с В.А. Ташлыковым (1984) в том, что болезнь, как стрессовая ситуация в жизни пациента, активизирует систему значимых отношений, высших регуляторных механизмов, проявляющихся в условиях болезни и лечения, с одной стороны, в характерных способах восприятия, переживаний и оценок, а с другой – в особенностях приспособительного поведения. Выявление и учет этих механизмов могут в существенной степени повысить эффективность ме-

дицинской и психологической терапии пациентов, а также их комплексной реабилитации.

Эти положения позволяют подойти к формулированию задач, которые стоят перед медицинским психологом при изучении психологической адаптации к болезни пациентов в терминальной стадии АИЗП в период ожидания трансплантации органа. Следует отметить, что эти задачи являются частным случаем общих задач, стоящих перед медицинским психологом, работающим в соматической клинике (Щелкова, 2008; Вассерман с соавт., 2011).

Задачи психологической диагностики в этом случае сводятся к получению максимально объективной и многосторонней информации, а именно:

1. Клинико-психологических данных об условиях развития личности больного, формирования его индивидуальных психологических особенностях, внутриличностных проблем, системы отношений и межличностного взаимодействия, об актуальной социально-психологической ситуации больного.

2. Данных об актуальном психическом состоянии и реактивно-личностных образованиях в связи с заболеванием и социально-психологическими факторами, его сопровождающими.

3. Особенности ВКБ и ее компонентов, типа отношения к болезни, а также личностного смысла заболевания в системе значимых отношений пациента.

4. Комплекса защитных и совладающих со стрессом болезни механизмов – психологических защит и стратегий психологического преодоления (копингов), а также обеспечивающих их внутренних (личностных) и средовых ресурсов.

5. Качество жизни больных как результирующая объективных условий существования пациента в условиях его болезни и субъективного отражения их в самосознании и эмоциональной сфере.

Подобный комплекс психодиагностической информации может способствовать выявлению индивидуальных особенностей адаптации личности больного к ситуации тяжелой необратимой патологии печени – ситуации мощной нозогенной травматизации и к периоду ожидания трансплантации органа.

Решение этих задач возможно только с применением адекватного комплекса клинико-психологических и психометрических методов, который должен быть одновременного

информативным и компактным, доступным для реализации в диалоговом режиме с пациентом, пребывающим в тяжелом физическом, функциональном и эмоциональном состоянии.

Для медицинского психолога очевидно, что инструментальному исследованию должен предшествовать этап клинико-психологического исследования, включающий изучение медицинской документации, беседу с лечащим врачом, углубленную и индивидуализированную беседу с пациентом, результаты которой находят отражение в пунктах структурированного интервью, а также (при необходимости) беседу с членами ближайшего окружения больного.

Структура клинико-психологического интервью, как правило, включает несколько групп вопросов. Первая из них направлена на сбор анкетных данных о пациенте, о его семейном, профессиональном, образовательном статусе, а также на установление доверительного контакта с психологом. Второй блок вопросов касается оценки и самооценки актуального физического и психологического самочувствия пациента; проводится сбор жалоб пациента, собирается психодиагностическая информация о переживаниях пациента и индивидуальных особенностях их подачи, предоставляется возможность пациенту осуществить своего рода катарсис, «психическую вентиляцию» (Конечный, Боухал, 1983), что имеет существенный психотерапевтический эффект. Третий блок вопросов касается отражения в самосознании и переживаниях пациента факта болезни, ее возможных последствий и тех ограничений, которые она накладывает на его жизнедеятельность, на выполнение им основных социальных ролей. Выясняется отношение пациента к болезни, предстоящему оперативному лечению, а также осведомленность больного об ОТП и особенностях послеоперационного восстановительного лечения. С помощью специально сформулированных вопросов изучаются особенности семейных отношений и психологического климата в семье пациента, выявляется наличие/отсутствие действенной поддержки со стороны ближайшего социального окружения. Отдельно формулируются вопросы о характере трудовой деятельности пациента, мотивов ее продолжения и оценки прогноза трудоспособности после лечения. Другие вопросы интервью может быть дополнен с учетом конкретной ситуации пациента; при его разработке можно опираться на

структуру психологического анамнеза жизни и психологического анамнеза болезни, предложенную А.Е. Личко (1983).

Другой важной задачей психодиагностической беседы является предоставление психологом пациенту определенного объема интересующей его информации, необходимой ему для правильного понимания характера своего заболевания и оценки жизненной ситуации, для формирования адекватной модели результатов лечения. Включение в состав интервью этого фрагмента обосновано мнением о том, что с нарастанием информированности увеличивается общая удовлетворенность больного, его способность и готовность к сотрудничеству. Считается, что информированные больные дают более надежный анамнез и более точное описание симптомов; информация и успокоение больного в беседе повышает их собственную активность и ответственность пациента в лечебном процессе. Кроме того, информирование пациента соответствует современным этико-деонтологическим требованиям к работе психолога.

Таким образом, клинико-психологическое интервью является обязательным элементом психодиагностической программы. Важно подчеркнуть, что именно в ходе беседы (интервью) формируется мотивация пациента к последующему инструментальному исследованию, оказывающая существенное влияние на достоверность его результатов.

На современном этапе развития медицинской психологии очевидным становится то, что полноценное исследование личности должно включать как методы содержательного анализа переживаний, мотивов, поступков человека, так и методы, позволяющие с высокой степенью надежности и статистической обоснованности объективировать особенности структуры и степень выраженности изучаемых психологических феноменов и нарушений. Это предполагает сочетанное использование в одном исследовании как клинико-психологического, так и психометрического методов психодиагностики, результаты которых анализируются в едином контексте оценки характера заболевания и жизненной ситуации обследуемого (Щелкова, 2011).

Для решения представленных выше задач изучения психологической адаптации к болезни пациентов в терминальной стадии АИЗП в период ожидания трансплантации органа целесообразно использовать следующий психоди-

агностический комплекс, который может быть дополнен, сокращен или изменен в соответствии с конкретной психодиагностической ситуацией, физическим и психическим состоянием пациента.

1. Данные клинико-психологического интервью о наиболее проблемных сферах социального функционирования и качества жизни больных, связанных с болезнью, могут быть дополнены данными медико-социологической шкалы «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ, Психологическая диагностика расстройств ..., 2014, с. 187–213) и «Краткого общего опросника оценки статуса здоровья» (SF-36, Ware et al., 1993).

2. Для оценки актуального эмоционального состояния, степени выраженности отдельных проявлений невротоподобной симптоматики и общего уровня невротизации могут быть использованы: «Шкала самооценки депрессии» В. Зунга (Вассерман с соавт., 2011), «Интегративный тест тревожности» (Психологическая диагностика расстройств ..., 2014, с. 96–114) «Опросник невротических расстройств – симптоматический» (ОНР-СИ, Aleksandrowicz et al., 1981), тест-опросник «Уровень невротизации» (УН, Психологическая диагностика расстройств ..., 2014, с. 154–170).

3. Для изучения структуры и уровня напряженности механизмов психологической защиты целесообразно использовать адаптированный Е.Б. Клубовой тест-опросник «Индекс жизненного стиля» (ИЖС, Психологическая диагностика индекса..., 2005).

4. Для изучения структуры копинг-поведения (соотношения отдельных конструктивных и неконструктивных стратегий стресс-преодолевающего поведения и сопоставления с нормативными данными, полученными на отечественной выборке) может использоваться тест-опросник «Способы совладающего поведения» (ССП, Вассерман с соавт, 2010).

5. Для определения личностных («внутренних») ресурсов совладающего поведения – индивидуально-типологических особенностей и ценностно-мотивационной направленности личности целесообразно использовать краткие стандартизованные методы «Большая пятерка» (BIG V, Первин, 2001; Яничев, 2006), «Невротические черты личности» (Психологическая диагностика расстройств ..., 2014, с. 214–237)

Библиографические обзоры

и «Смысло-жизненные ориентации» (СЖО, Леонтьев, 2006).

6. Для определения типа отношения к болезни и выраженности в его структуре отдельных компонентов других типов целесообразно использовать методику «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), позволяющую выявлять 12 типов отношения к болезни, описанных в школе медицинской психологии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (Психологическая диагностика расстройств ..., 2014, с. 260–298).

Анализ и интерпретацию полученных данных инструментального исследования необходимо осуществлять в единстве с клинико-психологическими данными, то есть в контексте реальной жизненной ситуации пациента. Таким образом реализуется биопсихосоциальный подход к пониманию механизмов адаптации личности к тяжелой ситуации аутоиммунного заболевания печени, в том числе в период ожидания трансплантации органа.

Заключение. Анализируя результаты проведенных исследований (Герасимова с соавт., 2010; Михайличенко с соавт., 2011; Столярова, Щелкова, 2013) больных различными формами АИЗП, можно видеть диапазон адаптивных возможностей больных и выработать стратегию психологического вмешательства. В связи с этим в задачу медицинского психолога входит разработка программ по оптимизации психологической адаптации больных в целях подготовки больного к предстоящей операции, сохранить позитивный настрой в процессе ожидания ОТП. При этом следует учитывать, что процесс психологической адаптации к болезни затрагивает не только пациента, но и его микро- и макро-социальное окружение. Поэтому в сферу деятельности медицинского психолога входит, как работа с пациентом, так и психологическая поддержка и коррекция дезадаптивных установок его ближайшего окружения. Достигнутое понимание между пациентом и его близкими поможет ему успешно пройти сложный путь ожидания ОТП.

В «Российском научном центре радиологии и хирургических технологий» разработана программа клинико-психологического сопровождения больных АИЗП, находящихся в листе ожидания пересадки органа. На первом этапе больные проходят клинико-психологическую диагностику, по итогам которого вырабатывается тактика ведения боль-

ного: постановка в лист ожидания ОТП, клиническое сопровождение, психологическая коррекция, встречи с ближайшим окружением пациента. Целью работы психолога является помощь в поиске и выборе новых стилей поведения и отношения к болезни пациента, что в свою очередь влияет на психологическую адаптацию больного к новым жизненным условиям в процессе ожидания ОТП.

Литература

1. Абабков, В.А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии / В.А. Абабков, М. Перре. – СПб.: Речь, 2004. – 166 с.
2. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства: учеб. пособие / Ю.А. Александровский. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2000. – 495 с.
3. Анцыферова, Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л.И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1994. – Т. 15. – № 1. – С. 3–19.
4. Ахмедова, О.С. Психологическая диагностика в соматической клинике: особенности адаптации личности к заболеваниям с различной динамикой течения / О.С. Ахмедова, О.Ю. Щелкова // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2008. – Серия 12. – Вып. 3. – С. 502–510.
5. Березин, М.А. Системный подход и теория функциональных систем в изучении психической адаптации как медико-психологической проблемы / М.А. Березин, Л.И. Вассерман // Медицинская психология в практическом здравоохранении: – СПб.: Издат. дом СПбМАПО, 2003. – С. 29–34.
6. Березин, Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. – Л., 1988.
7. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина: пер. с англ. / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. – М.: Медицина, 1999. – 373 с.
8. Васильева, И.А. Копинг-стратегии больных, находящихся на лечении хроническим гемодиализом / И.А. Васильева и др. // Нефрология. – 2004. – Т. 8. – № 4. – С. 45–51.
9. Вассерман, Л.И. Медицинская психодиагностика: современная методология исследования и интеграционные процессы в психологии и медицине / Л.И. Вассерман, Е.А. Дубинина, О.Ю. Щелкова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2014. – № 4 (27). – <http://medpsy.ru> (Дата обращения: 14.11.2016).
10. Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, О.Ю. Щелкова; науч. ред.: Л.И. Вассерман. – СПб.: Речь, 2011. – 271 с.
11. Вассерман, Л.И. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика / Л.И. Вассерман,

В.А. Абабков, Е.А. Трифонова. – СПб.: Речь, 2010. – 192 с.

12. Герасимова, О.А. Некоторые теоретические аспекты комплексного клинко-психологического исследования больных аутоиммунными заболеваниями с исходом в цирроз перед трансплантацией печени / О.А. Герасимова, Т.Г. Михайличенко, Ф.К. Жеребцов и др. // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2010. – Т. XII. – № 3. – С. 62–68.

13. Грановская, Р.М. Психологическая защита / Р.М. Грановская. – СПб.: Речь, 2007. – 474 с.

14. Данилов, Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) / Д.С. Данилов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – Т. 10. – № 1. – С. 13–20. – <http://www.consilium-medicum.com/article/17058> (дата обращения: 17.05.2016)

15. Иовлев, Б.В. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология / Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова. – СПб.: Сенсор, 1999. – 76 с.

16. Исурина, Г.Л. Развитие патогенетической концепции невротозов и психотерапии В.Н. Мясищева на современном этапе / Г.Л. Исурина, Б.Д. Карвасарский, В.А. Ташлыков, Ю.Я. Тупицын // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. – СПб., 1994. – С. 100–109.

17. Кабанов, М.М. Реабилитация психически больных – повышение качества их жизни (теоретико-методологические аспекты) / М.М. Кабанов // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. – СПб., 2001. – С. 24–28.

18. Климушева, Н.Ф. Психологическая реабилитация пациентов с трансплантированными органами в послеоперационный период / Н.Ф. Климушева, Л.Т. Баранская, Т.В. Шмакова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2013. – Т. 6, № 4. – С. 99–105.

19. Климушева, Н.Ф. Мотивация к трансплантации донорских органов у пациентов с терминальной стадией хронических заболеваний / Н.Ф. Климушева, Л.Т. Баранская, Т.В. Шмакова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2014. – Т. 7, № 3. – С. 73–79.

20. Конечный, Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. – 2-е изд. – Прага: Авицелум, 1983. – 405 с.

21. Коцюбинский, А.П. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова и др. – СПб.: Гиппократ+, 2004. – 336 с.

22. Куков, К. Психологические аспекты трансплантологии и органного донорства как проблема клинической психологии // К. Куков, А.Б. Джорджанова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2014. – Т. 7, № 4. – С. 52–58.

23. Лейшнер, У. Аутоиммунные заболевания печени и перекрестный синдром: пер. с нем. /

У. Лейшнер. – М.: Анахарсис, 2005.

24. Леонтьев, Д.А. Тест смысложизненных ориентации (СЖО) / Д.А. Леонтьев. – 2-е изд. – М.: Смысл, 2006. – 18 с.

25. Личко, А.Е. Психологическая диагностика в клинической медицине / А.Е. Личко // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. – Л.: Медицина, 1983. – Гл. 1. – С. 22–38.

26. Любан-Плоцца, Б. Психосоматический больной на приеме у врача: пер. с нем. / Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер. – 2-е изд. на русск. яз. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1996. – 256 с.

27. Михайличенко, Т.Г. Структура эмоциональных нарушений у женщин с аутоиммунными заболеваниями печени в стадии цирроза / Т.Г. Михайличенко, К.Л. Райхельсон, Н.В. Марченко, О.А. Герасимова // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – Т. 2 (39). – № 2. – С. 257–259.

28. Нартова-Бочавер, С.К. «Coping behavior» в системе понятий психологии личности / С.К. Нартова-Бочавер // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18. – № 5. – С. 20–30.

29. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику. Психологическое исследование / В.В. Николаева. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 166 с.

30. Основы клинической психологии и медицинской психодиагностики / Б.В. Овчинников, И.Ф. Дьяконов, А.И. Колчев, С.А. Лытаев. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2005. – 320 с.

31. Первин, Л. Психология личности: теория и исследования: пер. с англ. / Л. Первин, О. Джон. – М.: Аспект Пресс, 2001. – 607 с.

32. Петрова, Н.Н. Соматогенная витальная угроза и адаптация / Н.Н. Петрова // Актуальные проблемы клинической психологии и психофизиологии / Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения – 2004». – СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2004. – С. 238–253.

33. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для психологов и врачей / сост. Л.И. Вассерман и др. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 48 с.

34. Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: Коллект. моногр. / науч. ред. Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – СПб.: Скифия-принт, 2014. – 405 с.

35. Психологическая защита у больных невротами и психосоматическими расстройствами: пособие для врачей / сост. В.А. Ташлыков. – СПб.: МАПО, 1997. – 34 с.

36. Психосоматика: телесность и культура: учеб. пособие для вузов / под ред. В.В. Николаевой. – М.: Академический проект, 2009. – 311 с.

37. Столярова, С.А. Психологический статус и качество жизни лиц, страдающих аутоиммунными заболеваниями печени / С.А. Столярова, О.Ю. Щелкова // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ / под ред.

Библиографические обзоры

- А.В. Шаболатас. – СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2013. – С. 231–237.
38. Ташлыков, В.А. Психология лечебного процесса / В.А. Ташлыков. – Л.: Медицина, 1984. – 192 с.
39. Трифонова, Е.А. Аффективно-личностный компонент в структуре качества жизни больных инсулинозависимым сахарным диабетом / Е.А. Трифонова // Сибирский психологический журнал. – 2005. – № 22. – С. 38–43.
40. Урсано, Р. Психодинамическая психотерапия: пер. с англ. / Р. Урсано, С. Зонненберг, С. Лазарус. – М.: Рос. психоаналит. ассоц., 1992. – 158 с.
41. Усманова, Е.Б. Психологическая адаптация к болезни пациентов со злокачественными новообразованиями костей // Вестник психотерапии. – 2014. – № 52. – С. 51–58.
42. Фрейд, А. Эго и механизмы защиты: пер. с англ. / А. Фрейд. – М.: ЭКСМО, 2003. – 252 с.
43. Штрахова, А.В. Личностный смысл болезни – суммарный вектор психического отражения болезни болеющим субъектом. / А.В. Штрахова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2008. – Вып. 3. – № 33. – С. 78–82.
44. Щелкова, О.Ю. Задачи психологической диагностики в клинической медицине / О.Ю. Щелкова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2008. – Вып. 2, № 32 (132). – С. 81–90.
45. Щелкова, О.Ю. Клиническая психология. Ч. 3. Основные методические подходы: учеб. пособие / О.Ю. Щелкова. – СПб.: С.-Петербург. гос. ун-т, 2011. – 80 с.
46. Яковлева, М.В. Внутренняя картина болезни как фактор приверженности лечению после операции коронарного шунтирования / М.В. Яковлева, Е.И. Лубинская, Е.А. Демченко // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2015. – Т. 8, № 2. – С. 59–70.
47. Яничев, Д.П. Когнитивные аспекты самовосприятия личностных черт у пациентов с невротической и неврозоподобной симптоматикой: дис. ... канд. психол. наук / Д.П. Яничев. – СПб., 2006.
48. Aberg, F. Health-related quality of life and employment status of liver transplant patients / F. Aberg, A.M. Rissanen, H. Sintonen et al. // *Liver Transpl.* – 2009. – Jan; 15(1). – P. 64–72.
49. Aleksandrowicz, J.W. et al. Kwestionariusze objawowe «S»I«O» – narzędzia sluzace do diagnozy i opisu zaburzen nerwicowych // *Psychoterapia*, 1981. – Krakow – Czerwiec. – P. 11–27.
50. Arguedas, M. Influence of hepatic encephalopathy on health-related quality of life in patients with cirrhosis / M. Arguedas, T. DeLawrence, B. McGuire // *Dig Dis Sci.* – 2003. – 48. – P. 1622–1626.
51. Barton, C. Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma / C. Barton, D. Clarke, N. Sulaiman, M. Abramson // *Respir. Med.* – 2003. – Vol. 97. – P. 747–761.
52. Bean, K. An exploratory investigation of quality of life in adult liver transplant recipients / K. Bean // *Progress in Transplantation.* – 2005. – 15. – P. 392–396.
53. Burra, P. Longitudinal prospective study on quality of life and psychological distress before and one year after liver transplantation / P. Burra, M. De Bona, D. Canova et al. // *Acta Gastroenterol Belg.* – 2005. – 68(1). – P. 19–25.
54. Caccamo, L. Longitudinal prospective measurement of the quality of life before and after liver transplantation among adults / L. Caccamo, V. Azara, M. Doglia et al. // *Transplant Proc.* – 2001. – 33. – P. 1880–1881.
55. Chibnall, J. Psychosocial-spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions / J. Chibnall, S. Videen, P. Duckro, D. Miller // *Palliat Med.* – 2002. – 16. – P. 331–338.
56. Corruble, E. Report of depressive symptoms on waiting list and mortality after liver and kidney transplantation: a prospective cohort study/ E. Corruble, C. Barry, I. Varescon et al. // *BMC Psychiatry.* – 2011. – Nov 21; 11. – P. 182.
57. Gutteling, J. Health-related quality of life and psychological correlates in patients listed for liver transplantation / J. Gutteling, R. de Man, J.J.V. Busschbach, A. Darlington // *Hepatology international.* – 2007. – 1. – P. 437–443. [PubMed: 19669339].
58. Fennell, P.A. Managing Chronic Illness: The Four Phase Approach / P.A. Fennell. – New York: John Wiley and Sons Inc., 2003.
59. Iakovleva, M.V. Adherence to Treatment in Terms of Coping Behavior in Patients with Coronary Heart Disease after CABG / M.V. Iakovleva, O.Yu. Shchelkova, C.I. Lubinskaya // *Journal of Cardiology and Clinical Research.* – 2016. – Vol. 4(1). – P. 1055.
60. Krauseneck, T. PTSD in somatic disease / T. Krauseneck, H.B. Rothenhäusler, G. Schelling et al. // *Fortschr Neurol Psychiatr.* – 2005. – 73. – P. 206–217.
61. Lazarus, R.S. Stress and the coping: An anthology / R.S. Lazarus. – 2 ed. – N.Y.: Columbia Univ. Press, 1985. – 437 p.
62. Lobo, E. Care complexity, mood, and quality of life in liver pre-transplant patients / E. Lobo, F. Stiefel, W. Sollner et al. // *Clin Transplant.* – 2013. – 27(3). – P. 417–425.
63. Martin-Rodriguez, A. Longitudinal study of liver transplant recipients' quality of life as a function of their perception of general health: at waiting list and at 3, 6, and 12 months post-transplantation / A. Martin-Rodriguez, E. Fernandez-Jimenez, M.A. Perez-San-Gregorio et al. // *Transplant Proc.* – 2013. – 45(10). – P. 3653–55.
64. Mathes, T. Adherence influencing factors – a systematic review of systematic reviews / T. Mathes,

- T. Jaschinski, D. Pieper // *Archives of Public Health*. – 2014. – Vol. 72. – P. 37. – www.archpublichealth.com/content/72/1/37
65. McCathie, H.C. Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors / H.C. McCathie, S.H. Spence, R.L. Tate // *Eur. Respir J.* – 2002. – Vol. 19. – P. 47–53.
66. Moos, R.H. Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression / R.H. Moos, A.G. Billings // *Journ. of Person. and Soc. Psychology*. – 1984. – Vol. 46. – P. 877–891.
67. O'Carroll, R.E. Psychological outcome and quality of life following liver transplantation: a prospective, national, single-center study / R.E. O'Carroll, M. Couston, J. Cossar et al. // *Liver Transpl.* – 2003. – 9(7). – P. 712–720.
68. Patel, D. Hepatic encephalopathy / D. Patel, M.J. McPhail, J.F. Cobbold, S.D. Taylor-Robinson // *Br J Hosp Med (Lond)*. – 2012. – 73(2). – P. 79–85.
69. Perrez, M. Stress, coping and health: a situation behavior approach: theory, methods, applications / M. Perrez, M. Reicherts. – Seattle; Toronto; Bern; Gottingen, 1992.
70. Pinsky, B.W. Transplant outcomes and economic costs associated with patient noncompliance to immunosuppression / B.W. Pinsky, S.K. Takemoto, K.L. Lentine et al. // *Am. J. Transplant.* – 2009. – 9. – P. 2597–2606.
71. Randolph, C. Repeatable battery for the assessment of neuropsychological status manual / C. Randolph. – The Psychological Corporation; San Antonio, 1998.
72. Schramm, C. Health-related quality of life, depression, and anxiety in patients with autoimmune hepatitis / C. Schramm, I. Wahl, C. Weiler-Normann et al. // *J Hepatol.* – 2014. – 60(3). – P. 618–24.
73. Serper, M. Medication Misuse, Nonadherence, and Clinical Outcomes Among Liver Transplant Recipients / M. Serper, R.E. Patzer, P.P. Reese et al. // *Liver transplantation*, 2015. – Vol. 21, № 1. – P. 22–28.
74. Shu-Guang, Jin. Posttraumatic stress disorder after liver transplantation / Shu-Guang Jin, Lu-Nan Yan, Bo Xiang et al. // *China Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* – 2012. – Vol. 11, № 1. – P. 28–33.
75. Stewart, K.E. Illness apprehension, depression, anxiety and quality of life in liver transplant candidates: Implications for psychosocial interventions / K.E. Stewart, R. P. Hart, D.P. Gibson, R.A. Fisher // *Psychosomatics*. – 2014. – 55(6). – P. 650–658.
76. Stille, C.S. Individual and environmental correlates and predictors of early adherence and outcomes after liver transplantation / C.S. Stille, A.F. DiMartini, M.E. de Vera et al. // *Prog. Transplant.* – 2010. – March; 20(1). – P. 58–67.
77. Telles-Correia, D. Mental health and quality of life in alcoholic liver disease patients after liver transplantation: a prospective controlled study / D. Telles-Correia, A. Barbosa, I. Mega et al. // *Transplant Proc.* – 2011. – Jan-Feb; 43(1). – P. 184–186.
78. Ware, J.E. SF-36® Health Survey Manual and Interpretation Guide / J.E. Ware, K.K. Snow, M. Kosinski, B. Gandek. – Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute, 1993.
79. Weber, H. Belastungsverarbeitung / H. Weber // *Z. Klinische Psychologie*. – 1992. – B. 21. – H. 1. – P. 17–27.
80. Wilson, M. Hepatitis C and depressive symptoms: psychological and social factors matter more than liver injury / M. Wilson, E. Castillo, A. Batey et al. // *The international journal of psychiatry in medicine*. – 2010. – 40. – P. 199–215.

Михайличенко Татьяна Геннадьевна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник группы трансплантационной хирургии, Российский научный центр радиологии и хирургических технологий Минздрава России (Санкт-Петербург), mikhaulichenko@list.ru

Щелкова Ольга Юрьевна, доктор психологических наук, профессор, и.о. зав. кафедрой медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург), Olga.psy.pu@mail.ru

Поступила в редакцию 30 января 2017 г.

METHODOLOGY OF STUDYING PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF PATIENTS WITH AUTOIMMUNE LIVER DISEASES WHILE WAITING FOR TRANSPLANTATION

T.G. Mikhaylichenko¹, mikhaylichenko@list.ru

O.Yu. Shchelkova², Olga.psy.pu@mail.ru

¹ Russian Scientific Center of Radiology and Surgical Technologies,
St. Petersburg, Russian Federation

² St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russian Federation

The article provides an analytical review of modern domestic and foreign psychological studies of patients with autoimmune liver diseases (AILD). Literature data and own experience of psychological work with patients in the terminal stage of AILD, while waiting for orthotopic liver transplantation (OLT) allowed to make the conclusion that among the variety of psychological phenomena and constructs, the most adequate and well-founded is the study of psychological adaptation of the individual to the disease. In accordance with this, the article presents theoretical bases for studying psychological adaptation of patients with AILD, including the modern biopsychosocial model of health and illness and the systemic concept of mental adaptation; separate components of the substructure of psychological adaptation are analyzed (mechanisms of psychological defense, coping mechanisms, internal picture of the disease, etc.). The methodology developed by the authors for studying the psychological adaptation of AILD patients while waiting for transplantation is suggested. It has been tested in the scientific research and practical activities of medical psychologists on the basis of the “Russian Scientific Center of Radiology and Surgical Technologies”.

Keywords: methodology autoimmune liver diseases, liver transplantation, psychological adaptation coping strategies, personal resources.

References

1. Ababkov V.A., Perre M. *Adaptatsiya k stressu. Osnovy teorii, diagnostiki, terapii* [Adaptation to Stress. Fundamentals of Theory, Diagnosis, Therapy]. St. Peterburg, Rech Publ., 2004. 166 p.
2. Aleksandrovskiy Yu.A. *Pogranichnye psikhicheskie rasstroystva*. [Borderline Mental Disorders]. 3rd ed. Moscow, Meditsina Publ., 2000. 495 p.
3. Antsyferova L.I. [Personality in Difficult Living Conditions: Re-thinking, Transformation of Situations and Psychological Protection]. *Psikhologicheskij zhurnal*, [Psychological Journal], 1994, vol. 15, no. 1, pp. 3–19. (in Russ.)
4. Akhmedova O.S. [Psychological Diagnostics in a Somatic Clinic: Peculiarities of Personality Adaptation to Diseases with Different Flow Dynamics]. *Vestnik of St. Petersburg University*. Ser. 12, 2008, vol. 3, pp. 502–510. (in Russ.)
5. Berebin M.A., Vasserman L.I. [System Approach and the Theory of Functional Systems in the Study of Mental Adaptation as a Medical and Psychological Problem]. *Meditsinskaya psikhologiya v prakticheskom zdravookhraneni* [Medical Psychology in Practical Health Care], Izdat. dom SPbMAPO Publ, 2003, pp. 29-34. (in Russ.)
6. Berezin F.B. *Psikhicheskaya i psikhofiziologicheskaya adaptatsiya cheloveka* [Mental and Psychophysiological Adaptation of Man], Leningrad, 1988.
7. Broytigam V., Kristian P., Rad M. *Psikhosomaticheskaya meditsina* [Psychosomatic Medicine], english translation, Moscow, Medicine Publ., 1999. 373 p.
8. Vasil'eva I.A. [Coping Strategies of Patients Undergoing Chronic Hemodialysis]. *Nefrologiya* [Nephrology], 2004, vol. 8, no. 4, pp. 45-51. (in Russ.)
9. Vasserman L.I., Dubinina E.A., Shchelkova O.Yu. *Meditsinskaya psikhodiagnostika: sovremennaya metodologiya issledovaniya i integratsionnye protsessy v psikhologii i meditsine* [Medical Psychodiagnosics: Modern Research Methodology and Integration Processes in Psychology and Medicine]. Available at: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (accessed 14.11.2016).
10. Vasserman L.I., Trifonova E.A., Shchelkova O.Yu. *Psikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya v somaticheskoy klinike: nauchno-prakticheskoe rukovodstvo* [Psychological Diagnostics and Correction in the Somatic Clinic: a Scientific and Practical Guide]. St. Petersburg, Rech Publ., 2011. 271 p.

11. Vasserman L.I., Ababkov V.A., Trifonova E.A. Sovladanie so stressom: teoriya i psikhodiagnostika [Coping With Stress: Theory and Psycho-diagnostics], St. Petersburg, Rech Publ., 2010. 192 p.
12. Gerasimova O.A., Mikhaylichenko T.G., Zherebtsov F.K. [Some Theoretical Aspects of the Complex Clinical and Psychological Study of Patients with Autoimmune Diseases With the Outcome in Cirrhosis Before Liver Transplantation]. *Vestnik transplantologii i iskusstvennykh organov* [Bulletin of Transplantology and Artificial Organs], 2010, vol. XII, no. 3, pp. 62–68. (in Russ.)
13. Granovskaya R.M. *Psikhologicheskaya zashchita* [Psychological Protection]. St. Petersburg, Rech Publ., 2007. 474 p.
14. Danilov D.S. *Komplaens v meditsine i metody ego optimizatsii (klinicheskie, psikhologicheskie i psikhoterapevticheskie aspekty)* [Compliance in medicine and methods for its optimization (Clinical, psychological and psychotherapeutic aspects)]. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya* [Psychiatry and Psychopharmacotherapy], 2008, vol. 10, no. 1, pp. 13-20. Available at: <http://www.consilium-medicum.com/article/17058> (accessed 17.05.2016).
15. Iovlev B.V., Karpova E.B. *Psikhologiya otnosheniy. Kontseptsiya V.N. Myasishcheva i meditsinskaya psikhologiya* [Psychology of Relations. The Concept of V.N. Myasishcheva and Medical Psychology]. St. Petersburg, Sensor Publ., 1999. 76 p.
16. Isurina G.L., Karvasarskiy B.D., Tashlykov V.A., Tupitsyn Yu.Ya. [Development of the Pathogenetic Concept of Neuroses and Psychotherapy. Myasishcheva at the Present Stage]. *Teoriya i praktika meditsinskoj psikhologii i psikhoterapii* [Theory and Practice of Medical Psychology and Psychotherapy], St. Petersburg, 1994, pp. 100–109. (in Russ.)
17. Kabanov M.M. [Rehabilitation of Mentally Ill Patients - Improving the Quality of their Lives (Theoretical and Methodological Aspects)]. *Psikhosotsial'naya reabilitatsiya i kachestvo zhizni* [Psychosocial Rehabilitation and Quality of Life], St. Petersburg, 2001, pp. 24-28.
18. Klimusheva N.F., Baranskaya L.T., Shmakova T.V. [Psychological Rehabilitation of Patients with Transplanted Organs in the Postoperative Period]. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*, 2013, vol. 6, no. 4, pp. 99–105. (in Russ.)
19. Klimusheva N.F., Baranskaya L.T., Shmakova T.V. [Motivation for Transplantation of Donor Organs in Patients with Terminal Stage of Chronic Diseases]. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*, 2014, vol. 7, no. 3, pp. 73–79. (in Russ.)
20. Konechnyy R., Boukhal M. *Psikhologiya v meditsine* [Psychology in Medicine]. 2nd ed. Moscow, 1983. 405 p.
21. Kotsyubinskiy A.P., Skorik A.I., Aksenova I.O., Sheynina N.S., Zaytsev V.V. *Shizofreniya: uyazvimost' – diatez – stress – zabolevanie* [Schizophrenia: Vulnerability - Diathesis - Stress – Disease], St. Petersburg, Gipokrat+ Publ., 2004. 336 p.
22. Kukov K., Dzhordzhanova A.B. [Psychological Aspects of Transplantology and Organ Donation as a Problem of Clinical Psychology]. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*, 2014, vol.7, no. 4, pp. 52–58. (in Russ.)
23. Leyshner U. *Autoimmunnye zabolevaniya pecheni i perekrestnyy sindrom* [Autoimmune Liver Disease and Cross-Syndrome], German translation, Moscow, Anakharsis Publ., 2005.
24. Leont'ev D.A. *Test smyslozhiznennykh orientatsii (SZhO)* [Test of Meaningful Orientations]. 2nd ed. Moscow, Smysl Publ., 2006. 18 p.
25. Lichko A.E., Kabanov M.M., Smirnov V.M. *Psikhologicheskaya diagnostika v klinicheskoy meditsine* [Psychological Diagnostics in Clinical Medicine]. L., Meditsina, 1983. pp. 22-38
26. Lyuban-Plotstsa B., Pel'dinger V., Kreger F. *Psikhosomaticheskiy bol'noy na prieme u vracha* [Psychosomatic Patient at the Doctor's Appointment]. 2nd ed. St. Petersburg, NIPNI im. V.M. Bekhtereva Publ., 1996. 256 p.
27. Mikhaylichenko T.G., Raykhel'son K.L., Marchenko N.V., Gerasimova O.A. [The Structure of Emotional Disorders in Women with Autoimmune Liver Diseases in the Stage of Cirrhosis]. *Profilakticheskaya i klinicheskaya meditsina* [Preventative and Clinical Medicine], 2011, vol. 2 (39), no. 2, pp. 257–259. (in Russ.)
28. Nartova-Bochaver S.K. [Coping Behavior "in the System of Concepts of the Psychology of Personality]. *Psikhologicheskij zhurnal* [Psychological Journal], 1997, vol. 18, no 5, pp. 20–30. (in Russ.)
29. Nikolaeva V.V. *Vliyanie khronicheskoy bolezni na psikhiku. Psikhologicheskoe issledovanie* [The Effect of Chronic Illness on the Psyche. Psychological Research], Moscow, MGU Publ., 1987. 166 p.
30. Ovchinnikov B.V., D'yakonov I.F., Kolchev A.I., Lytaev S.A. *Osnovy klinicheskoy psikhologii i meditsinskoj psikhodiagnostiki* [Fundamentals of Clinical Psychology and Medical Psychodiagnosics]. St. Petersburg, ELBI-SPb Publ., 2005. 320 p.
31. Pervin L., Dzhon O. *Psikhologiya lichnosti: teoriya i issledovaniya* [Personality Psychology: Theory and Research], english translation, Moscow, Aspekt Press Publ., 2001. 607 p.

32. Petrova N.N. [Somatogenic Vital Threat and Adaptation]. *Aktual'nye problemy klinicheskoy psikhologii i psikhofiziologii* [Actual Problems of Clinical Psychology and Psychophysiology]. St. Petersburg, SPbGU Publ., 2004, pp. 238–253. (in Russ.)
33. Vasserman L.I. *Psikhologicheskaya diagnostika indeksa zhiznennogo stilya: posobie dlya psikhologov i vrachey* [Psychological Diagnosis of the Life Style Index: A Handbook for Psychologists and Doctors], St. Petersburg, NIPNI im. V.M. Bekhtereva Publ., 2005. 48 p.
34. Vasserman L.I., Shchelkova O.Yu. *Psikhologicheskaya diagnostika rasstroystv emotsional'noy sfery i lichnosti: Kollekt. monogr.* [Psychological Diagnosis of Disorders of the Emotional Sphere and Personality]. St. Petersburg, Skifiya-print Publ., 2014. 405 p.
35. Tashlykov V.A. *Psikhologicheskaya zashchita u bol'nykh nevrozami i psikhosomaticeskimi rasstroystvami* [Psychological Protection in Patients With Neuroses and Psychosomatic Disorders]. St. Petersburg, MAPO Publ., 1997. 34 p.
36. Nikolaeva V.V. (Ed.) *Psikhosomatika: telesnost' i kul'tura* [Psychosomatics: Ccorporality and Culture]. Moscow, Akademicheskii proekt Publ., 2009. 311 p.
37. Stolyarova S.A., Shchelkova O.Yu., Shaboltas A.V. (Ed.) *Psikhologicheskii status i kachestvo zhizni lits, stradayushchikh autoimmunnymi zabolevaniyami pecheni* [Psychological Status and Quality of Life of Persons Suffering from Autoimmune Liver Diseases]. Nauchnye issledovaniya vypusnikov fakul'teta psikhologii SPbGU [Scientific Research of Graduates of the Psychology Department of St. Petersburg State University]. St. Petersburg, St. Petersburg University Publ., 2013. pp. 231–237.
38. Tashlykov V.A. *Psikhologiya lechebnogo protsessa* [Psychology of the Treatment Process], Leningrad, Meditsina Publ., 1984. 192 p.
39. Trifonova E.A. [Affective-Personality Component in the Quality of Life Structure of Patients with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus]. *Sibirskiy psikhologicheskii zhurnal* Publ, 2005, no. 22, pp. 38–43. (in Russ.)
40. Ursano R., Zonnenberg S., Lazarus S.. *Psikhodinamicheskaya psikhoterapiya* [Psychodynamic Psychotherapy]. Moscow, Ros. psikhoanalit. Assots. Publ., 1992. 158 p.
41. Usmanova E.B. [Psychological Adaptation to the Disease Patients With Malignant Neoplasms of Bones]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy], 2014, no. 52, pp. 51–58. (in Russ.)
42. Freyd A. *Ego i mekhanizmy zashchity* [Ego and the Mechanisms of Protection], english translation. Moscow, EKSMO Publ., 2003. 252 p.
43. Shtrakhova A.V. [The Personal Meaning of the Disease is the Total Vector of the Mental Reflection of the Disease by the Sick Subject]. *Bulletin of South Ural State University. Ser. «Psychology»*, 2008, vol. 3, no. 33, pp. 78–82. (in Russ.)
44. Shchelkova O.Yu. [Problems of Psychological Diagnosis in Clinical Medicine]. *Bulletin of South Ural State University. Ser. «Psychology»*, 2008, vol. 2, no. 32 (132), pp. 81–90. (in Russ.)
45. Shchelkova O.Yu. *Klinicheskaya psikhologiya. Osnovnye metodicheskie podkhody. Chast' 3.* [Clinical Psychology. Basic Methodological Approaches. Part 3.] St. Petersburg, St. Petersburg State University, 2011. 80 p.
46. Yakovleva M.V., Lubinskaya E.I., Demchenko E.A. [Internal Picture of the Disease as a Factor of Adherence to Treatment after Coronary Artery Bypass Grafting]. *Bulletin of South Ural State University. Ser. «Psychology»*, 2015, vol. 8, no. 2, pp. 59–70. (in Russ.)
47. Yanichev D.P. *Kognitivnye aspekty samovospriyatiya lichnostnykh chert u patsientov s nevroticheskoy i nevrozopodobnoy simptomatikoy. Dis. kand. psikhol. nauk.* [Cognitive Aspects of Self-perception of Personality Traits in Patients with Neurotic and Neurosis-like Symptoms. Diss. Cand. Psychol. Sciences]. St. Petersburg, 2006.
48. Aberg F., Rissanen A.M., Sintonen H., Roine R.P., Höckerstedt K., Isoniemi H. Health-related quality of life and employment status of liver transplant patients. *Liver Transpl.*, 2009, no. 15(1), pp. 64–72.
49. Aleksandrowicz J.W. et al. Kwestionariusze objawowe «S»I«O» – narzedzia sluzace do diagnozy i opisu zaburzen nerwicowych. *Psychoterapia*, 1981. Krakow, Czerwiec, pp. 11–27.
50. Arguedas M, DeLawrence T, McGuire B. Influence of hepatic encephalopathy on health-related quality of life in patients with cirrhosis. *Dig Dis Sci.*, 2003, no. 48, pp. 1622–1626. DOI: 10.1023/A:1024784327783.
51. Barton C., Clarke D., Sulaiman N., Abramson M. Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma. *Respir. Med.*, 2003, vol. 97, pp. 747–761. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0954-6111\(03\)00029-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0954-6111(03)00029-5).
52. Bean K. An exploratory investigation of quality of life in adult liver transplant recipients. *Progress in Transplantation*, 2005, no. 15, pp. 392–396. DOI: <https://doi.org/10.1177/152692480501500412>.
53. Burra P., De Bona M., Canova D. et al. Longitudinal prospective study on quality of life and psychological distress before and one year after liver transplantation. *Acta Gastroenterol Belg*, 2005, no. 68(1), pp. 19–25.

54. Caccamo L, Azara V, Doglia M, Sessini M, Rossi G, Gala C, et al. Longitudinal prospective measurement of the quality of life before and after liver transplantation among adults. *Transplant Proc*, 2001, no. 33, pp. 1880–1881. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0041-1345\(00\)02734-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0041-1345(00)02734-2).
55. Chibnall J., Videen S., Duckro P., Miller D. Psychosocial-spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. *Palliat Med.*, 2002, no. 16, pp. 331–338. DOI: <https://doi.org/10.1191/0269216302pm544oa>.
56. Corruble E., Barry C., Varescon I., Durrbach A., Samuel D., Lang P., Castaing D., Charpentier B., Falissard B. Report of depressive symptoms on waiting list and mortality after liver and kidney transplantation: a prospective cohort study. *BMC Psychiatry*, 2011, no. 11, pp. 182. DOI: 10.1186/1471-244X-11-182.
57. Gutteling J, de Man R, Busschbach JJV, Darlington A. Health-related quality of life and psychological correlates in patients listed for liver transplantation. *Hepatology international*, 2007, no. 1, pp. 437–443. DOI: 10.1007/s12072-007-9035-0.
58. Fennell P.A. *Managing Chronic Illness: The Four Phase Approach*. John Wiley and Sons Inc., New York, NY., 2003.
59. Iakovleva M.V., Shchelkova O.Yu., Lubinskaya C.I. Adherence to Treatment in Terms of Coping Behavior in Patients with Coronary Heart Disease after CABG. *Journal of Cardiology and Clinical Research*, 2016, vol. 4(1), pp. 1055.
60. Krauseneck T, Rothenhäusler HB, Schelling G, Kapfhammer HP. PTSD in somatic disease. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2005, no. 73, pp. 206–217. DOI: 10.1055/s-2004-830108.
61. Lazarus R.S. *Stress and the coping: An anthology*. 2 ed. N.Y., Columbia Univ. Press, 1985. 437 p..
62. Lobo E, Stiefel F, Sollner W et al: Care complexity, mood, and quality of life in liver pre-transplant patients. *Clin Transplant*, 2013, no. 27(3), pp. 417–25.
63. Martin-Rodriguez A., Fernandez-Jimenez E., Perez-San-Gregorio M.A. et al: Longitudinal study of liver transplant recipients' quality of life as a function of their perception of general health: at waiting list and at 3, 6, and 12 months post-transplantation. *Transplant Proc*, 2013, no. 45(10), pp. 3653–55.
64. Mathes T., Jaschinski T., Pieper D. Adherence influencing factors – a systematic review of systematic reviews. *Archives of Public Health*, 2014, vol. 72, pp. 37. Available at: <http://www.archpublichealth.com/content/72/1/37> (accessed 03.04.2016).
65. McCathie H.C., Spence S.H., Tate R.L. Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors. *Eur. Respir J.*, 2002, vol. 19, pp. 47–53. DOI: 10.1183/09031936.02.00240702.
66. Moos R.H., Billings A.G. Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression. *Journ. of Person. and Soc. Psychology*, 1984, vol. 46, pp. 877–891. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.877>.
67. O'Carroll RE, Couston M, Cossar J et al: Psychological outcome and quality of life following liver transplantation: a prospective, national, single-center study. *Liver Transpl.*, 2003, no. 9(7), pp. 712–720.
68. Patel D, McPhail MJ, Cobbold JF, Taylor-Robinson SD: Hepatic encephalopathy. *Br J Hosp Med (Lond)*, 2012, no. 73(2), pp. 79–85.
69. Perrez M., Reicherts M. *Stress, coping and health: a situation behavior approach: theory, methods, applications*. Seattle; Toronto; Bern; Gottingen, 1992.
70. Pinsky BW, Takemoto SK, Lentine KL, Burroughs TE, Schnitzler MA, Salvalaggio PR. Transplant outcomes and economic costs associated with patient noncompliance to immunosuppression. *Am J Transplant*, 2009, no. 9, pp. 2597–2606. DOI: 10.1111/j.1600-6143.2009.02798.x.
71. Randolph C. *Repeatable battery for the assessment of neuropsychological status manual*. The Psychological Corporation; San Antonio, 1998.
72. Schramm C, Wahl I, Weiler-Normann C et al: Health-related quality of life, depression, and anxiety in patients with autoimmune hepatitis. *J Hepatol*, 2014, no. 60(3), pp. 618–24.
73. Serper M., Patzer R.E., Reese P.P., Przytula K., Koval R., Ladner D. P., Levitsky J., Abecassis M.M., Wolf M.S. Medication Misuse, Nonadherence, and Clinical Outcomes Among Liver Transplant Recipients. *Liver transplantation*, 2015, vol. 21, no. 1, pp. 22–28.
74. Shu-Guang Jin, Lu-Nan Yan, Bo Xiang, Bo Li, Tian-Fu Wen, Ji-Chun Zhao, Ming-Qing Xu and Jia-Ying Yang Chengdu. Posttraumatic stress disorder after liver transplantation. *China Hepatobiliary Pancreat Dis Int*, 2012, vol. 11, no. 1, pp. 28–33. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1499-3872\(11\)60122-7](https://doi.org/10.1016/S1499-3872(11)60122-7).
75. Stewart K.E., Hart R.P., D.P. Gibson D.P., Fisher R.A. Illness apprehension, depression, anxiety and quality of life in liver transplant candidates: Implications for psychosocial interventions. *Psychosomatics*, 2014, no. 55(6), pp. 650–658.

Библиографические обзоры

76. Stille C.S., DiMartini A.F., de Vera M.E., B. Flynn W.B., King J., Sereika S., Tarter R.E., Dew M.A., Rathnamala G. Individual and environmental correlates and predictors of early adherence and outcomes after liver transplantation. *Prog Transplant.*, 2010, no. 20(1), pp. 58–67.

77. Telles-Correia D., Barbosa A., Mega I., Monteiro E., Barroso E. [Mental health and quality of life in alcoholic liver disease patients after liver transplantation: a prospective controlled study]. *Transplant Proc*, 2011, no. 43(1), pp. 184–6.

78. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. [SF-36® Health Survey Manual and Interpretation Guide]. Boston, MA, New England Medical Center, *The Health Institute Publ*, 1993.

79. Weber H. [Belastungsverarbeitung]. *Z. Klinische Psychologie*, 1992, B. 21, H. 1., pp. 17–27.

80. Wilson M., Castillo E., Batey A., Sapyta J., Aronson S. [Hepatitis C and depressive symptoms: psychological and social factors matter more than liver injury]. *The international journal of psychiatry in medicine*, 2010, pp. 199–215. DOI: <https://doi.org/10.2190/PM.40.2.f>

Received 30 January 2017

ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Михайличенко, Т.Г. Методология изучения психологической адаптации пациентов с аутоиммунными заболеваниями печени в период ожидания трансплантации органа / Т.Г. Михайличенко, О.Ю. Щелкова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2017. – Т. 10, № 1. – С. 121–138. DOI: 10.14529/psy170112

FOR CITATION

Mikhaylichenko T.G., Shchelkova O.Yu. Methodology of Studying Psychological Adaptation of Patients With Autoimmune Liver Diseases While Waiting for Transplantation. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*. 2017, vol. 10, no. 1, pp. 121–138. (in Russ.). DOI: 10.14529/psy170112