

## НЕКОТОРЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ С ИСХОДОМ В ЦИРРОЗ ПЕРЕД ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПЕЧЕНИ

*Герасимова О.А.<sup>1</sup>, Михайличенко Т.Г.<sup>1</sup>, Жеребцов Ф.К.<sup>1</sup>, Райхельсон К.Л.<sup>2</sup>, Мительглик У.А.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий», Санкт-Петербург

<sup>2</sup> Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, кафедра гастроэнтерологии и диетологии

В статье представлены предварительные результаты комплексного клинико-психологического исследования больных с аутоиммунными заболеваниями печени в состоянии цирроза, ожидающих трансплантации печени. В статье приводятся данные о роли тревоги в сочетании с другими эмоционально аффективными расстройствами, механизмов психологической защиты в сочетании с копинг-стратегиями стресс-преодолевающего поведения в состоянии болезни и их участие в формировании клинической картины заболевания. Рассматривается необходимость проведения дифференциальной диагностики указанной патологии с использованием современных экспериментально-психологических методов в связи с дальнейшим построением психологической помощи больным с аутоиммунными заболеваниями печени.

*Ключевые слова: психологические исследования в гепатологии, психика и цирроз печени, аутоиммунные заболевания печени и личность больного.*

## SOME THEORETICAL ASPECTS OF COMPLEX CLINICAL-PSYCHOLOGICAL INVESTIGATION OF PATIENTS WITH AUTOIMMUNE LIVER DISEASES IN CIRRHOTIC STAGE BEFORE LIVER TRANSPLANTATION

*Gerasimova O.A.<sup>1</sup>, Mikhaylichenko T.G.<sup>1</sup>, Zherebtsov F.K.<sup>1</sup>, Raykchelson K.L.<sup>2</sup>, Mitelglik U.A.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Russian Scientist Centre for Radiology and Surgical Technology, Saint Petersburg

<sup>2</sup> Medicine Postgraduate Academy, Saint Petersburg

This article presents preliminary results of complex clinical-psychological investigation of patients with autoimmune liver diseases with cirrhosis waiting for liver transplant. The data discussed defense role of anxiety combined with other emotional affective disorders, psychological mechanisms in combination with coping strategies of stress-overcoming behavior in the state of disease and their involvement in formation of the clinical picture of the disease. It considers the need for differential diagnosis of the pathology using modern experimental-psychological methods in connection with further building of psychological aid to patients with autoimmune liver diseases.

*Key words: psychological investigation in hepatology, psyche and liver cirrhosis, autoimmune liver diseases and patient's personality.*

*Статья поступила в редакцию 14.02.10 г.*

*Контакты: Герасимова Ольга Анатольевна, вед. науч. сотр. группы клинической трансплантации и сосудистой хирургии.*

*Тел.: (812) 596-90-96 (раб., факс), 8-952-235-44-78 (моб.), e-mail: ren321@mail.ru*

## ВВЕДЕНИЕ

Аутоиммунные заболевания – это класс разнообразных по клиническим проявлениям заболеваний, развивающихся вследствие патологической выработки аутоиммунных антител или размножения аутоагрессивных клонов киллерных клеток против здоровых тканей организма, приводящих к повреждению и разрушению нормальных тканей вследствие аутоиммунного воспаления. К аутоиммунным заболеваниям печени традиционно относят аутоиммунный гепатит (АИГ), первичный билиарный цирроз (ПБЦ) и первичный склерозирующий холангит (ПСХ). Общими симптомами являются повышенная утомляемость, слабость, кожный зуд, который в терминальной стадии болезни может быть нестерпимым, не поддающимся медикаментозной коррекции. Показания к трансплантации возникают в терминальной стадии заболевания [12]. Критерии отбора на трансплантацию печени при таких заболеваниях хорошо известны и используются в практике [13]. В целом качество жизни у больных с аутоиммунными заболеваниями значительно выше после трансплантации, чем до нее, хотя иногда симптомы кожного зуда, повышенной утомляемости и слабости могут сохраняться [14, 15].

Несмотря на то что доля аутоиммунных заболеваний печени по сравнению с вирусными или алкогольными болезнями относительно невелика (для АИГ – 50–200 случаев на 1 млн населения, для ПБЦ – 40–150, ПСХ – 20–70), истинная распространенность этих заболеваний, особенно в России, больше, что связано с отсутствием статистического учета аутоиммунных заболеваний печени, недостаточными диагностическими возможностями медицинских учреждений [1]. По современным литературным данным, психологические исследования направлены главным образом на изучение качества жизни и определение психического состояния пациентов с циррозом печени [16]. Следует отметить, что проведенные ранее исследования были реализованы на группе больных вирусным гепатитом, в том числе и на фоне алкогольной болезни печени [17]. Сведениями о комплексных клинко-психологических исследованиях больных с аутоиммунными заболеваниями печени авторы не располагают.

Поскольку в листе ожидания трансплантации печени РНЦРХТ в последние годы наблюдаются до 25–40% больных с аутоиммунными болезнями печени [2], комплексное клинко-психологическое обследование представляется очень важным элементом амбулаторного этапа наблюдения больных в листе ожидания.

В терминальной стадии заболевания одним из ведущих симптомов является печеночная энцефалопатия (ПЭ) [3]. Энцефалопатия определяется

как патологическое изменение функций головного мозга невоспалительного генеза, вызванное различными факторами, проявляющееся разнообразными нервно-психическими нарушениями. Под термином «печеночная энцефалопатия» понимают комплекс церебральных нарушений, развивающихся вследствие острого или хронического поражения печени. Потенциально обратимые неврологические и психические нарушения различаются по интенсивности и могут наблюдаться в различных комбинациях, что позволяет выделить стадии ПЭ, которые, с учетом их обратимости, являются степенями тяжести [3]. В литературе имеются статистические сведения, позволяющие определить ближайший прогноз больного с ПЭ. При ПЭ 0–I стадии выживаемость приближается к 100%, прогрессивно ухудшаясь с углублением стадии энцефалопатии: при II стадии выживаемость составляет 60–75%, при III–IV – в среднем около 30%. 10–20% пациентов остаются в живых после первого эпизода печеночной комы [18]. В настоящее время публикаций, посвященных диагностике ПЭ и способам ее купирования, достаточно, но освещаются, как правило, медицинские аспекты [19]. Проводя дополнительные психологические исследования, направленные на определение тяжести ПЭ, авторы стремились не только определить степень тяжести патологического состояния, влияние на психические функции пациентов с циррозом печени (ЦП), но и обнаружить связь между ПЭ и сохранными психическими функциями на фоне терминальной стадии заболевания. В РНЦРХТ совместно с кафедрой гастроэнтерологии и диетологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования разрабатывается единая медико-психосоциальная карта исследования больного с циррозом печени в исходе аутоиммунного заболевания. Комплексный клинко-психологический подход позволит найти оптимальные способы помощи больному как со стороны лечащего врача, так и со стороны клинического психолога. Конечной целью исследования является возможность прогнозирования рецидивов заболевания, выявление связи (или ее отсутствия) между психологическим состоянием (настроением) больного и стабильностью его соматического состояния. Для этого изучаются личность больного (внутренние переживания болезни, механизмы психологических защит, специфики стратегий совладающего со стрессом болезни поведения), влияние заболевания на качество жизни больных с ЦП, влияние социального окружения на течение, восстановительный период и прогноз дальнейшего развития заболевания больного с ЦП.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для получения анамнестических данных, субъективной картины и объективного клинического

статуса больных с ЦП использован классический клинический метод. В целях получения более полной клинической картины болезни применили метод формализованного интервью, который является основным при проведении скрининговых клинических и экспериментально-психологических исследований. На первом этапе изучались психологические характеристики больных с аутоиммунными болезнями до трансплантации печени.

Все психологические методики, применяемые на первом этапе исследования, также использовались и в последующем с небольшими корректировками. В качестве экспериментально-психологических методов исследования применяются методики, направленные на изучение эмоциональных, поведенческих и когнитивных реакций пациентов, а также механизмов психологических защит больных ЦП с учетом их актуального соматического состояния. Все пациенты проходили психологические тесты на наличие и выраженность энцефалопатии. В исследовании использовались следующие психологические методы диагностики.

1. Опросник невротических расстройств симптоматический (ОНР-СИ) [4, 20] для количественного определения выраженности невротических расстройств и содержательного описания жалоб больного, компьютерная версия которого разработана в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. Бехтерева (СПб.).
2. Определение самооценки депрессии по опроснику Зунга (Zung) для диагностики уровня депрессивных расстройств [5].
3. Интегративный тест тревожности (ИТТ), использованный на основании результатов многочисленных исследований, рассматривающих тревогу и тревожность как многомерные и сложные по структуре психические феномены [6].
4. Методика диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ), разработанная в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева для диагностики типов личностного реагирования на болезнь, социальную дезадаптацию в связи с болезнью [7].
5. Опросник «Способы копинга» (WOCQ) [8] для выявления особенностей планирования решения проблем направлен на исследование совладающего поведения и углубленного анализа этиопатогенеза нервно-психических и психосоматических расстройств.
6. Методика «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) [9, 21] позволяет выявлять систему механизмов психологической защиты и оценивать степень напряженности каждого механизма психологической защиты у пациента.

7. Методика исследования качества жизни SF-36 является русскоязычным аналогом опросника SF-36, прошедшего клинические испытания и рекомендованного к применению для оценки качества жизни пациентов, преимущественно с соматической патологией [10].
8. Методика Рокича «Ценностные ориентации» [22].
9. Восьмицветовой тест М. Люшера, модифицированный и адаптированный Л.Н. Собчик [11, 23].
10. Диагностические методы исследования внимания (счет по Крепелину, нахождение чисел по таблицам Шульте, методики на избирательность Мюнстерберга, на концентрацию внимания – «лабиринт»).
11. Диагностические методы исследования памяти (шкала памяти по Векслеру – 7 субтестов).
12. Диагностические методы исследования нарушения мышления (исключение лишнего, незаконченный рассказ, обобщение, аналогии, выделение главных характеристик).

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Было обследовано 55 человек с аутоиммунными заболеваниями печени – 50 (91%) женщин и 5 (9%) мужчин. Распределение больных в группах представлено в табл. 1. Средний возраст больных составил  $49,49 \pm 11,2$  года.

Полученные результаты исследования позволяют выделить ряд особенностей в изучаемой группе пациентов с ЦП. У больных выявлен высокий уровень личностной тревожности (табл. 2) по шкалам астении и тревожной оценки перспективы. В то же время тревога не связана с актуальным физическим состоянием болезни, в котором находятся пациенты. В изучаемой группе больных преобладает умеренный общий уровень невротичности (6 стень) с доминированием расстройств сна, астеническими расстройствами, ипохондрическими и расстройствами настроения. В изучаемой группе депрессия

Таблица 1

### Распределение больных с аутоиммунными заболеваниями в группах

	Аутоиммунные заболевания печени	Количество больных	%
1	Аутоиммунный гепатит (АИГ)	14	40
2	Первичный билиарный цирроз (ПБЦ)	10	28,57
3	Первичный склерозирующий холангит (ПСХ)	6	17,15
4	Неуточненный гепатит	2	5,71
5	АИГ/ПБЦ	2	5,71
6	АИГ/ПСХ	1	2,86
	Сумма	35	100

носит преимущественно маловыраженный характер (табл. 3).

Ведущим типом отношения к болезни является сенситивный тип (табл. 4). Для больных характерны чрезмерная чувствительность к мнению других людей относительно своей болезни, уязвимость, озаченность возможным неблагоприятным впечат-

лением, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни. Больные стесняются своего внешнего вида (изменение цвета кожных покровов, пожелтение склер, множественные расчесы, изнуряющий кожный зуд и т. д.), им кажется, что на них постоянно обращают внимание, их сторонятся. Все это ведет, со стороны больных, к попыткам социальной изоляции, они стараются реже находиться в местах скопления людей. Неврастенический тип отношения к болезни стоит на втором месте по степени значимости в исследуемой группе и проявляется сложностями совладания с эмоциональным аффектом. При этом после вспышек гнева и раздражения больные часто испытывают вину и сожаление относительно своих действий, однако при возникновении подобных ситуаций они демонстрируют схожие образцы поведения.

Психологическая защита представлена универсальными механизмами – на уровне восприятия и трансформации информации (собственно психологические защитные механизмы) и на уровне совладания со стрессом (копинг-стратегии). Внутренняя картина болезни (ВКБ), по мнению некоторых авторов, представляет собой защитный механизм, направленный на адаптацию собственно к расстройству. У больных ведущим защитным механизмом являются «реактивные образования», механизм действия которых состоит в инверсии аффективного компонента отношения (табл. 5). Этот механизм лежит в основе фобических и обсессивных расстройств. «Отрицание» как форма психологической защиты стоит на втором месте. Таким образом, некоторые параметры стрессовых ситуаций могут игнорироваться или вовсе не замечаться больными. В стрессовых ситуациях больные чаще, по сравнению с другими копингами, используют «самоконтроль» (табл. 6). Обращение за помощью к другим людям используется больными также достаточно часто. Таким образом, социальное окружение может использоваться больными как необходимый копинг-ресурс.

Таблица 2

**Средние данные по результатам оценки ситуативной тревоги и личностной тревожности в группе (в станайнах) (ИТТ)**

№	Шкалы	Ситуационная тревога M ± m	Личностная тревожность M ± m
1	Эмоциональный дискомфорт	2 ± 0,16	5,33 ± 0,19
2	Астенический компонент	4,67 ± 0,16	7 ± 1,35
3	Фобический компонент	2,67 ± 0,18	6 ± 0,28
4	Тревожная оценка перспектив	4,67 ± 0,26	7 ± 1,44
5	Социальная защита	5,33 ± 0,24	5,67 ± 0,27
6	Общий показатель	3,33 ± 0,28	6,33 ± 0,29

Таблица 3

**Уровень выраженности депрессии в группе (Zung)**

№	Депрессивный компонент	Значение (%)
1	Выраженный уровень	2,9
2	Умеренный уровень	11,4
3	Незначительный уровень	62,8
4	Минимальный уровень	22,9

Таблица 4

**Средние величины шкальных оценок по методике ТОБОЛ**

№	Тип отношения к болезни	Исследуемая группа M ± m
1	Гармоничный	6,22 ± 1,51
2	Эргопатический	7,34 ± 1,35
3	Анозогнозический	6,54 ± 1,39
4	Тревожный	10,71 ± 0,91
5	Ипохондрический	10,23 ± 0,77
6	Неврастенический	11,63 ± 0,65
7	Меланхолический	5,71 ± 0,51
8	Апатический	5,29 ± 0,4
9	Сенситивный	18,34 ± 0,77
10	Эгоцентрический	8,89 ± 0,58
11	Паранойальный	8,37 ± 0,49
12	Дисфорический	4,63 ± 0,5

Таблица 5

**Средние показатели «напряженности» защитных механизмов у больных в изучаемой группе (ИЖС)**

№	Защитный механизм	M ± m
1	Отрицание	77,2 ± 2,8
2	Вытеснение	48,86 ± 2,62
3	Регрессия	59,49 ± 0,01
4	Компенсация	53,91 ± 2,72
5	Проекция	55,23 ± 2,38
6	Замещение	49,69 ± 2,61
7	Интеллектуализация	58,94 ± 2,39
8	Реактивные образования	85,77 ± 2,75

Таблица 6

**Средние показатели копинг-стратегии в изучаемой группе (способы копинга)**

№	Копинг-стратегия	M ± m
1	Конфронтация	1,46 ± 0,35
2	Дистанцирование	1,67 ± 0,28
3	Самоконтроль	2,07 ± 0,33
4	Поиск социальной поддержки	1,94 ± 0,37
5	Принятие ответственности	1,67 ± 0,28
6	Бегство-избегание	1,19 ± 0,43
7	Планирование	1,92 ± 0,38
8	Положительная переоценка	1,81 ± 0,46

Таблица 7

**Параметры оценки качества жизни в группе (SF 36)**

Шкала	Группа больных M ± m	Здоровые лица трудоспособного возраста M ± m
GH – общее состояние здоровья	42,86 ± 1,68	86,2 ± 16,7
PF – физическое функционирование	62,86 ± 2,3	71,5 ± 35,3
RP – влияние физического состояния в ограничении жизнедеятельности	33,57 ± 4,21	71,4 ± 23,5
RE – роль эмоциональных проблем	60,95 ± 3,89	55,7 ± 18,8
SF – социальная активность	44,29 ± 1,42	59,2 ± 17,2
BP – интенсивность боли	61,34 ± 2,53	71,0 ± 21,9
VT – жизнеспособность	45,06 ± 2,04	71,3 ± 35,9
MH – самооценка психического здоровья	58,8 ± 2,1	60,6 ± 15,7

В основном больные оценивают свое общее состояние здоровья как низкое (табл. 7). Физическое состояние является определяющим фактором в ограничении жизнедеятельности больных. Средний показатель в группе значительно ниже нормативных данных. Больные испытывают сильнейшую физическую слабость, которая, несомненно, влияет на повседневную деятельность. На поведенческом уровне это отражается повышенным стремлением к комфорту, поиску ресурсных состояний, в которых физическое напряжение минимально. Отсутствие тонуса и стремление к покою, в свою очередь, снижает адаптационный потенциал, вследствие чего пациенты оценивают качество жизни, связанное со здоровьем, как низкое.

Предварительные результаты исследования функций памяти, внимания и мышления показали,

что у данных пациентов функция мышления сохранена. Выявлено снижение переключения, концентрации и повышение истощаемости внимания. При исследовании мнестических функций обнаружено снижение логической памяти. Больные также предъявляли жалобы на ухудшение памяти, которое проявляется во внезапном забывании нужного слова в процессе разговора, забывании имен, намеченных дел, что ранее не было характерно для них.

**ОБСУЖДЕНИЕ**

Полученные первые результаты клинико-психологического обследования больных с аутоиммунными заболеваниями печени, ожидающих трансплантацию, позволяют всесторонне оценить страдание пациента как физическое, так и психологическое. Ожидание больными излечения от постигшего их недуга носит скорее эмоциональный характер. На рациональном уровне, в процессе психологической беседы, больные осознают тяжесть заболевания, но справиться со знанием «неизбежного исхода» им легче через механизм психологической защиты «отрицание». Механизм отрицания, с одной стороны, помогает пациентам не фиксироваться на мучительных физических страданиях (нестерпимый кожный зуд, сильнейшая астенизация, костные и суставные боли и т. д.), они переключаются, таким образом, ответственность за свое состояние на врачей; а с другой стороны, отрицание формирует ложное представление о реальном состоянии здоровья и в большинстве случаев недооценку необходимости хирургического вмешательства (трансплантации печени). Особенно это касается пациентов молодого возраста (18–30 лет). Разъяснительная работа врачей по поводу реального прогноза заболевания, нарастания его осложнений и сопутствующей патологии и неизбежности оперативного вмешательства помогут больным более ответственно подойти к пред- и посттрансплантационным периодам лечения. Необходимость психологического взаимодействия «психолог–пациент» продиктована тяжелой эмоциональной нагрузкой, которую испытывает больной, находясь наедине со своим страданием. Не всегда даже ближайшее окружение пациентов способно понять весь комплекс психологических проблем, с которыми столкнулся их близкий человек [24]. Авторам видится необходимость проведения психокоррекционных работ с больным для поддержания его психологического состояния как в предоперационный период, при подготовке к операции, так и в процессе реабилитации после трансплантации печени [25]. Необходимо проводить разъяснительные мероприятия (беседы, групповые занятия и обмен опытом) с ближайшим окружением пациентов для достижения

внутри социального контакта, который так важен больному на пути его выздоровления и возвращения к здоровому социальному функционированию [24]. Полученные при помощи психодиагностических методов знания помогут как психологу, так и лечащему врачу понять причины возникновения тех или иных форм поведения и реакций, которые зачастую мешают установлению контакта «врач–больной». А в результате будут способствовать главной цели – помощи страдающему пациенту.

## ВЫВОДЫ

1. Расстройства в эмоциональной сфере, отражающие ситуацию хронического стресса, носят невротоподобный характер. В структуре невротоподобной симптоматики доминирует умеренно выраженный астенический симптомокомплекс: повышенная утомляемость, колебания настроения, нарушения сна. Указанные симптомы сочетаются с тревожно-депрессивными переживаниями и ипохондрическими фиксациями.
2. Психологическая защита характеризуется преимущественно преобладанием неконструктивных механизмов преодоления тревоги и внутриличностного дискомфорта – «реактивные образования», «отрицание», – что определяет выбор определенных стратегий («самоконтроль», «поиск социальной поддержки») в разрешении интерперсональных конфликтов. Таким образом, эмоционально-аффективные нарушения и механизмы психологической защиты, входящие в структуру ВКБ, оказывают влияние на формирование поведенческих стереотипов, характерных для данной категории пациентов и, в свою очередь, могут выступать в качестве психотерапевтических «мишеней».
3. Полученные результаты могут являться основой разработки плана психокоррекционных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни пациентов, с учетом их психологических особенностей, как на этапе ожидания трансплантации печени, так и после операции.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Буеверов А.О., Готье С.В., Ерамишанцев А.К. и др. Диагностика и лечение диффузных заболеваний печени: Методическое пособие для врачей, руководителей органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений. М., 2003.
2. Гранов Д.А., Герасимова О.А., Жеребцов Ф.К. Основные принципы отбора на трансплантацию печени и динамика листа ожидания в ЦНИРРИ (1998–2006 гг.) // Амбулаторная хирургия. 2007. № 2 (26). С. 17–19.

3. Ивашкин В.Т., Надинская М.Ю., Буеверов А.О. Печеночная энцефалопатия и методы ее метаболической коррекции // Бол. орг. пищевар. 2001. № 3. С. 257.
4. Вассерман Л.И., Карвасарский Б.Д., Абабков В.А. и др. Психодиагностическая методика для определения невротических и невротоподобных нарушений (ОНР): Пособие для врачей и психологов. СПб., 1998.
5. Рыбакова Т.Г., Балашова Т.Н. Клинико-психологическая характеристика и диагностика аффективных расстройств при алкоголизме: Методические рекомендации. Л., 1988.
6. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): Методические рекомендации. СПб., 1997.
7. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Усовершенствованная методика для психологической диагностики отношения к болезни (ТОБОЛ): Пособие для врачей. СПб., 2002.
8. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение. СПб., 2003. С. 736.
9. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: Пособие для врачей и психологов. СПб., 1999.
10. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб., 1999.
11. Собчик Л.Н. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера / СПб.: Речь, 2001. С. 3–10, 21–53.
12. Mottershead M., Neuberger J. Transplantation in autoimmune liver diseases // World. J. Gastroenterol. 2008. Vol. 14 (21). P. 3388–3395.
13. Devlin J., O'Grady J. Indications for referral and assessment in adult liver transplantation: a clinical guideline // British Society of Gastroenterology. Gut. 1999. Vol. 45 (Suppl. 6). P. VI1–VI22.
14. Kim W.R., Lindor K.D., Malinchoc M. et al. Reliability and validity of the NIDDK-QA instrument in the assessment of quality of life in ambulatory patients with cholestatic liver disease // Hepatology. 2000. Vol. 32. P. 924–929.
15. Gross C.R., Malinchoc M., Kim W.R. et al. Quality of life before and after liver transplantation for cholestatic liver disease // Hepatology. 1999. Vol. 29. P. 356–364.
16. Trzepacz P.T., Brenner R., Van Thiel D. A psychiatric study of 247 liver transplantation candidates // Psychosomatics. 1989. Vol. 30. P. 147–153.
17. Trzepacz P.T., Tarter R., Shad A. et al. SPECT scan and cognitive findings in subclinical hepatic encephalopathy: Alcoholic and non-alcoholic cirrhosis // Presented at the meeting of the Academy of Psychosomatic Medicine, Atlanta, GA, October. 1991.
18. Rehnstrom S., Simert F., Hansson J.A. et al. Chronic hepatic encephalopathy: A psychometrical study // Scand. J. Gastroenterol. 1977. Vol. 12. P. 305–311.
19. Hepatic encephalopathy // Kuntz E., Kuntz H.D. Hepatology. Principles and practice. Springer. 2002. P. 234–254.
20. Aleksandrowicz et al. Kwestionariusze objawowe «S»I«O»-narzedzia sluzace do diagnozy i opisu zaburzen nerwicowych // Psychoterapia. Krakow, 1981. S. 11–27.

21. *Plutchik et al., Kellerman H., Conte H.* A structural theory of ego defense and emotions // Isard E. Emotions in personality and psychopathology. 1979. P. 229–257.
22. *Rokeach M.* Understanding human values: Individual and societal // New York. Free Press. 1979.
23. *Lüsher M.* Die Farbwahl als Psychosomatischen test // Dtsch. Med. Journal. 1961. Vol. 12. № 11.
24. *Flamme N.E., Terry C.L., Helft P.R.* The influence of psychosocial evaluation on candidacy for liver transplantation // Prog. Transplant. 2008. Vol. 18 (2). P. 89–96.
25. *Franklin J.* Psychiatric Issues in Organ transplantation / Organ Transplantation, edited by Stuart F., Abecassis M., and Kaufman D. 2000. Landes Bioscience. USA. Chapt. 14. P. 339–359.