ОСОБЕНОСТИ НА ПСИХОТЕРАПИЯТА ПРИ ПАЦИЕНТИ С ТРАНСПЛАНТАЦИЯ НА ОРГАН

Р. Крумова-Пешева[1] и Х. Пешев[2]
[1]Университетска болница "Лозенец" – София
[2]Клиника по съдова хирургия и ангиология – София

Резюме. Трансплантацията на орган е едно от най-тежките психотравматични събития в живота на човека, което съдържа огромна възможност и редица рискове за пациента. Болните и техните семейства преминават през трудни моменти, излагащи на голямо изпитание психичното им функциониране. Психотравматичните ситуации провокират огромна тревожност и напрежение, които психичният апарат трудно може да „преработи". При хората, които очакват трансплантация на орган, тази тревожност е изключително висока и почти непрекъснато „включена". Авторите си поставят за цел да опишат клиничните наблюдения и опит при психотерапията на пациенти, очакващи трансплантация, и с трансплантация на орган.

Ключови думи: *трансплантация, психотерапия, тревожност*

PSYCHOTHERAPEUTIC ASPECTS IN PATIENTS WHO HAD UNDERGONE ORGAN TRANSPLANTATION

R. Krumova-Pesheve and H. Peshev
University Hospital "Lozenetz"
Vascular Surgery and Angiology Clinics – Sofia

Summary. The organ transplantation is one of the strongest psychotraumatic events across the human lifespan. It brings a potential for adequate living but could reveal enormous risk. Patients and their relatives pass through moments of hard decisions that are severe trials. Psychotraumatic events provoke anxiety and stress that is hard to overcome. Patient that expect transplantation have a very high level of anxiety. In the article some clinical observations from this field are presented.

Key words: *transplantation, psychotherapy, anxiety*

Въведение

Зигмунд Фройд в своите възгледи за тревожността свързва психотравматичната ситуация с първородната травма. Според него раждането е прототип на всички следващи психотравмени моменти. Психичният апарат е преизпълнен с възбуди, които не

може да побере и усвои, както и да се справи с тях. Психиката има способността да „произвежда" тревожност във всяка ситуация, съдържаща заплаха за човека – външна и вътрешна. Това е сигнална тревожност, включваща се автоматично, за да „предупреди", че е възможно да се случи травма.

При хората, които очакват трансплантация на орган, сигналната тревожност е изключително висока и е почти непрекъснато „включена". Пациентът очаква операцията като спасение, но е информиран и знае евентуалните рискове, произтичащи от нея. Той трудно може да толерира неяснотата, фрустрацията и напрежението. Почти няма възможност да „изключи" тревожността, която сигнализира и алармира за почти постоянна заплаха.

Цел

Целта на материала е да се опишат клиничните наблюдения и опит в психотерапията на пациенти, очакващи трансплантация, и с трансплантация на орган.

Материал и методи

Представяме клиничните наблюдения и опит с пациенти с чернодробна и бъбречна трансплантация, осъществени в Университетска болница „Лозенец". Психологичната и психотерапевтичната работа с болните е провеждана в периода 2005-2011 г. Пациентите са с диагнози чернодробна цироза (48%) и хронична бъбречна недостатъчност – терминален стадий (52%).

Резултати

Предлагаме няколко показателя, които са информативни за психичното състояние и равнището на справяне при болните.

Интересът на пациентите е основно към самата операция като хирургична интервенция. Те се страхуват да се интересуват за други аспекти, за следтрансплантационния период. Предпочитат да си изграждат идеализирани представи, което им помага да толерират в някаква степен тревожността през периода на очакване.

Равнището на информираност е тясно свързано с критерия за реалистичност и критичност на представите и очакванията. Желанието да се интересуват и да знаят среща вътрешната съпротива срещу обективните факти и обстоятелства. Половината от

всички пациенти разполагат с най-обща информация за трансплантацията на органи. По-голямата част от тях притежават обща информация и за самата операция. Активното търсене на информация се преживява като заплаха за психичното функциониране. Сред пациентите, очакващи бъбречна трансплантация, се отчита по-голяма активност при търсене на конкретна информираност, но отново и единствено за хирургичната интервенция. Само двама от болните с ХБН – терминален стадий, имат пълна информация относно цялата процедура по присаждане на органа. За тях тази информация е базирана на собствения им опит от предишни трансплантации. Пациентите с бъбречни заболявания са по-информирани относно самата операция. Те познават други хора, на които е извършена бъбречна трансплантация. Приемат трансплантацията си като по-далечна перспектива и това им помага да търсят по-активно информация. Страхът им не е толкова активен. При пациентите с чернодробна цироза страхът и тревожността са толкова високи, че всяка конкретна информация се възприема като заплаха. По-лесно е да се говори за оптимистични картини, без адекватна проверка в реалността.



Фиг. 1. Равнище на информираност

Липсата на добра информираност в предтрансплантационния период през по-късните етапи след операцията често е съпроводена с огромно разочарование и повишена депресивност.

Болните трудно приемат факта, че трансплантацията не е магически похват и че през следтрансплантационния период предстоят редица физически и емоционални трудности.

Таблица 1. Степен на инвалидизация (последици от тежестта на заболяването върху функционирането на пациента и върху психичното му състояние)

	Болни, очакващи чернодробна трансплантация	**Болни, очакващи бъбречна трансплантация**	**Общо**
Частична	27,50	38,78	33,33
Почти пълна	6,89	16,12	11,66
Пълна	65,51	45,16	55

Повече от половината от пациентите са с пълна степен на инвалидизация. Те не работят. Изолирани са от всякакъв вид социални контакти и социални активности. Това се отнася особено до болните с чернодробна цироза, тъй като тяхното здравно състояние е сериозно влошено.

Голяма част от пациентите с бъбречно заболяване все още общуват, макар и ограничено, с други хора. Продължават да се занимават с професионална дейност, макар и при променени условия. При пациентите с чернодробно заболяване инвалидизацията е по-изразена. При повечето от тях последиците от тежестта на заболяването са сериозни и не им позволяват да упражняват каквато и да било професионална дейност. При пациентите с хронична бъбречна недостатъчност наблюдаваме почти равен брой хора с частична и с пълна инвалидизираност. Тези, които упражняват някакъв вид социална дейност, обикновено са по-млади. Друго наблюдение е, че това са предимно болни, при които заболяването е открито сравнително скоро, и те отскоро са на хемодиализа. Все още се чувстват в състояние да работят и да се срещат с други хора. При пациентите с чернодробна цироза инвалидизацията настъпва в повечето случаи рязко. Те се влошават бързо. Чувстват се зле физически и се изолират от всичко и от всички.

Таблица 2. Капацитет на пациента да говори за проблемите около трансплантацията, за различните възможни изходи и перспективи

	За чернодробна	За бъбречна	Общо
Не е в състояние	41,37	29,03	35
Само за операцията	58,62	64,51	61,66
Само за времето след операцията	0	0	0
За всички периоди	0	6,45	3,33

Болните са по-склонни да обсъждат операцията си. Често те я идеализират и хиперболизират. Не са готови и не допускат мислене и информиране относно следоперативните моменти. Техният страх е много продължителен и интензивен и всичко, касаещо „времето след", е заплаха за тях.

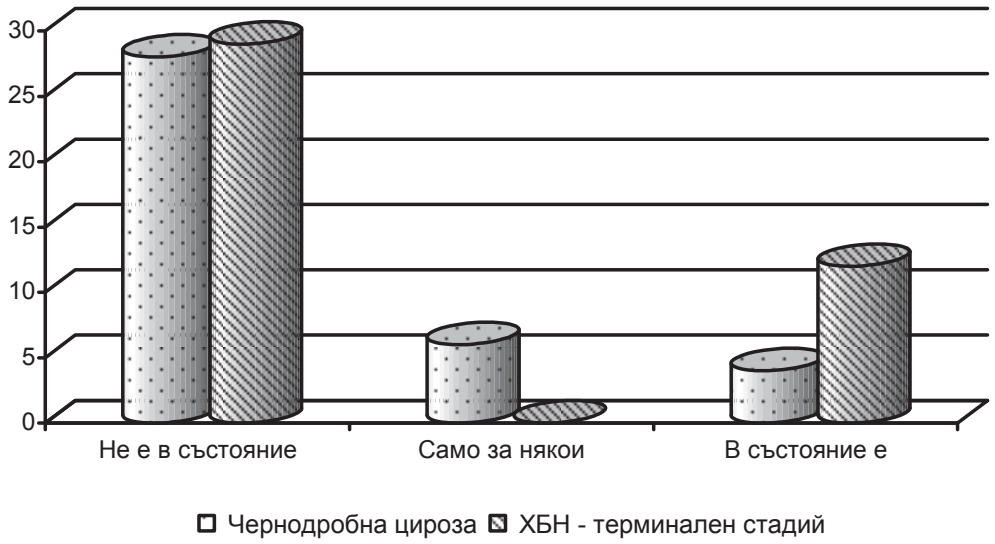
Пациентите с чернодробна цироза в повечето случаи не си "позволяват" да говорят по този въпрос. Те могат да мислят и допускат само разговори за хирургичната намеса в нейните технически аспекти. Могат да коментират и да фантазират как технически се прави „смяната" на един орган. В повечето случаи фантазиите относно самата операция са безкритични и наивно детски. Не се допуска никаква мисъл или фантазия за след трансплантацията. Пациентите не смятат, че след операцията могат да имат каквито и да било проблеми. Отричането на тази перспектива, на евентуалните проблеми и трудности е начин да се понесе сравнително по-леко периодът на очакване. Във фантазирането преобладава безпроблемното развитие на нещата и щастливият изход от операцията.

Пациентите, очакващи бъбречна трансплантация, в по-голямата си част са склонни да говорят за проблемите и вариантите около оперативната намеса. Те приемат операцията си като отдалечена някога във времето и са по-смели в обсъждането на алтернативите, отколкото пациентите, очакващи присаждане на черен дроб.

Повечето пациенти се страхуват да обсъждат рисковете. Това ги застрашава и нарушава идеализираната им представа за самата операция. Назоваването на рисковете съдържа заплаха.

Пациентите с бъбречна недостатъчност избягват да говорят за рисковете, тъй като за тях трансплантацията присъства като перспектива, отдалечена във времето. Те искат трансплантация-

та, но също толкова се и страхуват от нея. Да говорят за рискове означава да допуснат, че рискове наистина съществуват. Това е в противоречие с тяхното желание за излекуване и промяна. Сред тези пациенти има и такива, които са готови да проблематизират въпроса. Тяхната позиция изглежда обаче крайно рационализирана и интелектуализирана. Сякаш не се отнася до тях. Склонни са да говорят обобщено и „по принцип“. Пациентите с чернодробно заболяване избягват въпроса поради силен и неудържим страх да не провокират по този начин негативно развитие на нещата. При тази група се забелязват по-често фаталистични възгледи и настроения. Част от тези пациенти са склонни да говорят за някои от рисковете. Например за това, че продължителното чакане на донор може да бъде пагубно. Рисковете от самата хирургична интервенция, от неприемането и отхвърлянето на органа не присъстват. Малка част от тези пациенти приемат риска като част от реалността на една операция. Това са хора с много добър личностен потенциал, добър житейски опит и зрялост. Те са склонни да се обръщат към опита си и да се опитват да се „организират“ около конструктивната част от него.



Фиг. 2. Капацитет на пациента да говори за рисковете



Фиг. 3. Капацитет на пациента за проекция на бъдещето (след трансплантацията – възможности, предвиждане на събитията, адаптиране, социално и семейно реинтегриране и др.)

Голям процент от болните не могат да си позволят да правят проекции за бъдещето. Те са концентрирани изцяло в настоящата ситуация. Заплахата за живота и здравето им затруднява способностите за адекватно тестиране на реалността и дори – фантазията. Пациентите с хронична бъбречна недостатъчност са по-склонни да планират близки събития, да мечтаят в по-близка перспектива. При тях заплахата се усеща по-слабо в сравнение с тази при пациентите с чернодробна цироза. Те си поставят близки цели, като това им помага да редуцират равнището на дистрес. Болните, които очакват присаждане на черен дроб, не показват капацитет за проектиране на близки или далечни събития. Те функционират в „стеснена“ от болестта и очакването на операцията реалност. Не са в състояние да планират или да мечтаят в конкретни измерения.

Изводи

1. На базата на клиничния опит до момента насоките на психотерапевтичната работа са:
   – към пациента
   – към семейството
   – към персонала.
2. Психотерапевтичната работа помага на пациентите:

– да преработят тежките психотравматични моменти

– да съумеят по-ефективно да контролират болката

– да толерират по-лесно неяснотата и неизвестността

– да мобилизират своя психичен потенциал и да започнат да се справят

– да интегрират постепенно факта на трансплантацията като част от образа за себе си

– да изградят превантивна мярка срещу развиването на остри стресови реакции, посттравматично стресово разстройство, тежки депресивни състояния.

3. Пациентите, при които не е провеждана достатъчно предварителна психологична работа, показват:

– повишена склонност към развиване на панически състояния

– повишена склонност към развиване на тежки тревожни и депресивни състояния

– повишена склонност към прием на психотропни медикаменти

– повишен брой хоспитализации през следтрансплантационния период

– по-трудно преодоляване на зависимостта от болничната институция

– изразени хипохондрични нагласи

– сериозни проблеми в близостта и интимността с голям риск от развод и раздяла

– сериозни трудности в реадаптацията и в последващата професионална реализация.

Библиография

1. К л а й н , М. Любов, завист и благодарност. Избрани статии, ЛИК, 2002.
2. К р у м о в а - П е ш е в а , Р. Модел на психологическа работа при пациенти с трансплантация на орган. Дисертация, София, 2010.
3. К р у м о в а - П е ш е в а , Р. и Л. Спасов. За някои аспекти на психологическата работа в предоперативния период при пациенти, нуждаещи се от трансплантация на орган. – Психосоматична медицина, **18**, 2010, 40-57.
4. К р у м о в а - П е ш е в а , Р. и Л. Спасов. Наблюдения върху мотивацията за донорство на органи – психологически аспекти. – Клинична и консултативна психология, **2**, 2010, № 3, 44-47.

5. К р у м о в а - П е ш е в а , Р. и Л. Спасов. Психологически проблеми и психологическа работа при пациенти с чернодробна трансплантация. – Психосоматична медицина, **18**, 2010, 19-40.
6. К р у м о в а - П е ш е в а , Р. и Л. Спасов. Психологическо консултиране на семейства на пациенти с трансплантация на орган. – Клинична и консултативна психология, **2**, 2010, № 5, 40-43.
7. К р у м о в а - П е ш е в а , Р. и Л. Спасов. Сравнително наблюдение в предтрансплантационния период при пациенти, очакващи чернодробна и бъбречна трансплантация. – Психосоматична медицина, **19**, 2011, 63-75
8. Ф р о й д , З. Отвъд принципа на удоволствието, С., Наука и изкуство, 1992.

✉ **Адрес за кореспонденция:**
Румяна Кирилова Крумова-Пешева
Университетска болница "Лозенец"
ул. „Козяк" № 1
1407 София
✆ 9 607 410, GSM 0887 23 99 27
e-mail: rutsi@abv.bg