

TRANSPLANTACIJA I RETRANSPLANTACIJA - UTJECAJ NA EMOCIONALNO STANJE

VERA KLARIĆ i DRAGAN KLARIĆ¹

Opća bolnica Zadar, Odjel za psihijatriju i ¹Centar za dijalizu, Zadar, Hrvatska

U svom kliničkom radu često smo se susretali s emocionalnim poteškoćama bolesnika s transplantom. Najčešće su to tjeskoba, teškoće integriranja novoprimitog organa kao vlastitog, osjećaj krivnje, poteškoće povezane s osobnim doživljajem sebe. Mnoge studije, unatoč često prisutnim emocionalnim poteškoćama, opisuju poboljšanje kvalitete života kod bolesnika s transplantatom. Međutim, kvaliteta života ponovno se pogoršava u slučaju odbacivanja transplantata. U takvim situacijama pojavljuje se osjećaj nemira, gubitka kontrole nad vlastitim životom, osjećaj promašenosti, ideje bezizlaznosti i bezperspektivnosti. U složenim emocionalnim proživljavanjima vrlo je važno psihološki ojačati zdrave snage bolesnikove ličnosti čime se postiže bolja suradljivost liječenja općenito.

Ključne riječi: transplantacija, retransplantacija, bubreg, emocionalno stanje

Adresa za dopisivanje: Mr. Vera Klarić, dr. med.
Odjel za psihijatriju
Opća bolnica Zadar
Bože Peričića 5
23000 Zadar, Hrvatska
Tel.+385-23-505250; faks: +385-23-312724
E-pošta: vera.klaric@zd.t-com.hr

UVOD

Svjedoci smo prisutnih emocionalnih poteškoća kod bubrežnih bolesnika s obzirom na specifičnost njihova liječenja. Kod bolesnika na dijalizi najčešće su to depresija, odnosno anksioznost. Kod bolesnika s transplantatom najčešće se nalazi osjećaj krivnje, tjeskoba, teškoće integriranja novoprimitog organa kao vlastitog, poteškoće vezane uz osobni doživljaj sebe. U slučajevima odbacivanja transplantata, bolesnik osjeća nemir, osjećaj promašenosti, gubitka kontrole nad vlastitim životom, često puta ima ideje bezizlaznosti i bezperspektivnosti.

EMOCIONALNI ODGOVOR BUBREŽNIH BOLESNIKA PRIJE I NAKON TRANSPLANTACIJE

Jedan od najčešćih poremećaja psihičkog zdravlja bolesnika na hemodijalizi su depresija, odnosno anksioznost. Vrlo često se ta dva poremećaja javljaju zajedno,

kao anksiozno-depresivni poremećaj. Kada se uspoređuju bolesnici na hemodijalizi i na peritonejskoj dijalizi, iz literature, kao i iz vlastitog istraživanja, poznato je da bolesnici na peritonejskoj dijalizi mnogo manje pate od tegoba iz kruga depresivnog poremećaja od bolesnika na hemodijalizi. Razlozi su višestruki, npr. ovisnost o aparatu, liječnicima i medicinskim sestrama kao i o drugim osobama u bolesnikovoj socijalnoj okolini, što ga stavlja u vrlo regresivnu poziciju (4).

Dijagnoza depresije otežana je činjenicom što se mnogo puta simptomi uremije preklapaju sa simptomima depresije, npr. umor, osjećaj nemoći i nedostatka snage. Liječenje depresije kod tih je bolesnika otežano čestom pojavom kardiovaskularnih komplikacija s obzirom da se kod kardiovaskularnih poremećaja pojedini antidepresivi ne preporučuju.

Emocionalni problemi nakon transplantacije mogu biti različiti, a najčešće se odnose na teškoće integriranja novoprimitog organa kao vlastitog, osobni doživljaj sebe i svog fizičkog izgleda, poteškoće koje se odnose na seksualni život, tjeskobu, osjećaj krivnje.

Važnost uzimanja terapije nakon transplantacije posebno je značajna u razdoblju adolescencije kada su mladi razvojni u sukobu s autoritetima te ne prihvaćaju savjete liječnika. S obzirom da bolest utječe na razvoj njihovog selfa i strukturu ličnosti, moguće je da negirajući bolest negiraju i potrebu za uzimanjem terapije.

Velik stresor za bolesnika nastupa kada se očekivanja ne ispune, odnosno, kada dođe do odbacivanja transplantata. Insuficijencija presatka unosi nemir u bolesnika i ponovno mu umanjuje kvalitetu života. To može proizvesti osjećaj gubitka kontrole nad vlastitim životom, gubitak samopouzdanja, osjećaj promašenosti, ideje bezizlaznosti i bezperspektivnosti. Tada je bolesnika teže liječiti jer dodatni stresor dodatno oslabi obrambene snage osobe te je potrebno mnogo više strpljenja u liječenju, kako liječnika, tako i samog bolesnika.

Oko 30 % bolesnika doživi odbacivanje presatka. Ponekad je tome uzrok nesuradljivost bolesnika koja može biti uzrokovana nekom psihičkom bolešću (najčešće je to psihotični proces), teškom realitetnom situacijom te neuzimanjem lijekova iz bilo kojeg drugog razloga.

Kriteriji za listu bolesnika koji žele dobiti retransplantat su isti. Neki od bolesnika ne žele dobiti transplantat u istom centru kao prvi put ili imaju neke druge iracionalne strahove o kojima svakako treba razgovarati. Nekima je gubitak presatka toliko jak stresor da se teško odlučuju na retransplantaciju. U takvim i sličnim situacijama može se provoditi grupna psihoterapija bolesnika kako bi se lakše suočili sa svojim strahovima i uvidjeli da u svojim poteškoćama nisu osamljeni.

Ipak najveći je broj onih bolesnika koji žele ponovno dobiti transplantat i te bolesnike treba dodatno ohrabriti u njihovim željama za retransplantacijom jačajući zdrave snage njihove ličnosti.

Velik je problem kada živi davatelj ima mentalne probleme ili problem u obitelji, što upućuje na stroži odabir živih donora, o čemu također treba voditi računa. Ponekad je potrebno pružiti psihološku pomoć donorima, koji ne bi trebali trpjeti negativne posljedice zbog toga što su donori.

KVALITETA ŽIVOTA

S obzirom na komorbiditet bolesti, transplantacija je bitan čimbenik u rješavanju zdravstvenog stanja tih bolesnika te samim time bitno popravlja kvalitetu njihovog života.

Osobe oboljele od zatajivanja bubrega često izaberu transplantaciju jer vjeruju da će im to omogućiti bolju aktivnost, izlazak iz regresivne pozicije, odnosno svakodnevnosti ovisnosti o aparatima i ljudima iz svoje okoline te, općenito, povratak "normalnom životu". Stoga je važno odrediti mogu li se ta očekivanja ispuniti. To se može ostvariti mjerenjem kvalitete života koristeći različite metode, kao što su generalni test HRQOL SF-36 ili specifični upitnik o transplantatu kao *Kidney Questionnaire*.

Općenito, ocjena kvalitete života poslije transplantacije pokazuje napredak u funkcionalnom i fizičkom području. S druge strane, zapravo mnogi čimbenici utječu na kvalitetu života negativno, uključujući komorbiditet, bubrežnu funkciju koja može biti snižena i nakon transplantacije, odbacivanje transplantata i posljedice hospitalizacije, nezaposlenost, anksioznost (tjeskoba), osjećaj krivnje. Sve to komplicira emocionalno stanje bolesnika nakon transplantacije. Važan pozitivan čimbenik na bolesnikovo emocionalno stanje nakon transplantacije je ponovno zaposlenje, odnosno povratak na radno mjesto.

Kvaliteta života nakon transplantacije sve je značajniji faktor koji pridonosi pridržavanju terapije, pogotovo u pedijatrijskoj i tinejdžerskoj populaciji.

Iz mnogih studija evidentno je da je kvaliteta života bitno poboljšana nakon transplantacije te je time i otponac nastanku depresivnog poremećaja manji.

OSVRT NA SVJETSKJE STUDIJE KOJE GOVORE O KVALITETI ŽIVOTA

Ogutmen i sur. u svojoj studiji navode da transplantacija omogućuje bolju kvalitetu života nego hemodijaliza ili peritonejska dijaliza. Studija je rađena na 302 bolesnika s bubrežnim transplantatom i uspoređena sa 64 pacijenta na hemodijalizi, 207 pacijenata na peritonejskoj dijalizi i 278 zdravih pacijenata, usklađujući ispitanike prema uzrastu, spolu, obrazovanju i zanimanju, koliko se to moglo. Korišten je socijalno demografski upitnik - *Nottingham Health Profile* i SF-36. Studija je pokazala da su između tri skupine bubrežnih bolesnika, bolesnici s transplantatom imali značajno bolju kvalitetu života nego HD/PD bolesnici. Kvaliteta života mjerena ljestvicama NHP i SF-36 pokazala je da su zdravi ljudi statistički značajno bolje kvalitete života nego bolesnici s transplantatom, što je bilo i za očekivati (1). U drugoj studiji, Neipp i sur. opisuju da produženjem života nakon bubrežne transplantacije kvaliteta života postaju sve važniji pokazatelj. U toj je studiji ispitivano 139 pacijenata s uspješno primijenjenim transplantatom koristeći SF-36 i upitnik specifičan za bubrežne

bolesnike (KTQ-25). Rezultati su pokazali da bolesnici s transplantatom s dugotrajnom funkcijom transplantiranog bubrega imaju zadovoljavajuću kvalitetu života koja se podudara sa zdravom populacijom u četiri od osam kategorija koje je test SF-36 mjerio, a to su: radno funkcioniranje, socijalno funkcioniranje, emocionalno funkcioniranje i psihičko zdravlje. Drugi čimbenici, npr. fizičko funkcioniranje, bol, opće zdravlje i vitalnost su bili smanjeni kod primaoca transplantata. Nasuprot umirovljenicima i nezaposlenim osobama, primaoci transplantata imaju signifikantno povoljniji HQOL u mnogobrojnim SF-36 kategorijama: fizičko funkcioniranje, somatska bol, opće zdravlje, vitalnost, socijalno funkcioniranje ($P < 0,001$) i psihičko zdravlje, kao i KTQ faktori: fizički simptomi, umor, strah, neizvjesnost, emocije. Ostali pozitivno korelirajući činioci s unaprijeđenim HQOL-om su bili: stambena situacija, visina krvnog tlaka i dob. Autori zaključuju da bolesnici koji su transplantirani više od petnaest godina imaju zadovoljavajući HQOL u usporedbi s općom zdravom populacijom, ili u najmanju ruku s bolesnicima prije transplantacije. Uspostavljanje radne sposobnosti je od najvećeg doprinosa zadovoljavajućoj kvaliteti života kod bolesnika s transplantatom (2). U studiji Bainesa ispitivani su učinci individualne i grupne psihoterapije kod bolesnika s transplantatom, a kontrolna su skupina bili pacijenti koji nisu primili transplantat. Studija je rađena s obzirom da i bolesnici s transplantatom imaju određene emocionalne poteškoće koje su usko povezane s neuzimanjem lijekova ili teškoćama prihvaćanja novoprimljenog organa. Korišten je test BDI (*Beck Depression Inventory*), gdje je viši skor ukazivao na psihološki poremećaj. Studija je pokazala da su obje metode, i individualna i grupna psihoterapija, imale pozitivan učinak, ali je individualna psihoterapija u usporedbi s grupnom psihoterapijom rezultirala nižim BDI (3)

ZAKLJUČAK

Danas postoje bolji uvjeti za transplantaciju sa živih davatelja. Hrvatska je na vodećem mjestu u svijetu i Europi po broju živih donora na milijun stanovnika. Tome pridonosi trud svih subjekata uključenih u taj proces, kao što su: medicinsko osoblje, socijalna zajednica, sredstva javnog priopćavanja, sustav obrazovanja, religijske zajednice. Sve to zajedno i pojedinačno doprinosi promjeni odnosa čovjeka prema činu dariva-

nja u pozitivnom smislu. U ovom članku naglasak je na emocionalnom odgovoru bolesnika prije i nakon transplantacije kao bitnom čimbeniku u nadomjesnom liječenju kronične bubrežne bolesti.

LITERATURA

1. Ogutmen B, Yildirim A, Sever MS i sur. Health-related quality of life after kidney transplantation in comparison intermittent hemodialysis, peritoneal dialysis, and normal controls. *Transplant Proc* 2006; 38: 419-21.
2. Neipp M, Karavul B, Jackobs S i sur. Quality of life in adult transplant recipients more than 15 years after kidney transplantation. *Transplantation* 2006; 81: 1640-4.
3. Baines LS, Joseph JT, Jindal RM. Prospective randomized study of individual and group psychotherapy versus controls in recipients of renal transplants. *Kidney Int* 2004; 65: 1937-42.
4. Klarić D, Klarić V, Kristić I. The existence of depressive disorders with peritoneal dialysis patients. *European Peritoneal Dialysis Meeting Prague 15-18.10.2005. Book of Abstract 2005*, 114.
5. Abram HS, Buchanan DC. The gift of life: a review of the psychological aspects of C kidney transplantation. *Int J Psychiatry Med* 1976-77; 7: 153-63.
6. Helderman JH, Goral S. Transplantation immunobiology. U: Danovitch GM, ed. *Handbook of Kidney Transplantation*. 3rd ed. New York, NY: Lippincott Williams & Wilkins, 2001, 17-38.
7. Simmons RG, Anderson CR, Abress LK. Quality of life and rehabilitation differences among four end-stage renal disease therapy groups. *Scand J Urol Nephrol* 1990; 131(suppl): 7-22.
8. Streltzer J, Moe M, Yanagida E, Siemsen A. Coping with transplant failure: grief vs denial. *Int J Psychiatry Med* 1983-84; 13: 97-106.
9. Muslin HL. On acquiring a kidney. *Am J Psychiatry* 1971; 127: 1185-8.
10. Laederach-Hoffman K, Bunzel B. Noncompliance in organ transplant recipients: a literature review. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22: 412-24.
11. Nadel C, Clark JJ. Psychosocial adjustment after renal retransplants. *Gen Hosp Psychiatry* 1986; 8: 41-8.
12. Reimer J. The impact of living-related kidney transplantation on the donor's life. *Transplantation* 2006; 81: 1268-73.
13. Tanriverdi N. Quality of life and mood in renal transplantation recipients, donors, and controls: preliminary report. *Transplant Proc* 2004; 36: 117-9.

S U M M A R Y

**TRANSPLANTATION AND RETRANSPLANTATION
- IMPACT ON EMOTIONAL STATE**

V. KLARIĆ and D. KLARIĆ¹

Zadar General Hospital, Department of Psychiatry and ¹Center for Dialysis, Zadar, Croatia

In our clinical practice, we are often faced with emotional difficulties of transplanted patients. Most are due to anxiety, difficulty in integrating newly recruited organ as its own, feeling of guilt, and difficulties with personal experience of self. Despite common presence of emotional difficulties, many studies describe improvement in the quality of life of transplant patients. However, the quality of life is deteriorating again in case of transplant rejection. In such situations, restlessness develops along with losing control over their own lives, a sense of failure, hopelessness and lack of prosperity ideas. Complex emotional experiencing is very important in strengthening the patient's psychological health and personality, thus achieving better treatment compliance in general.

Key words: transplantation, retransplantation, kidney, emotional state