

A szervtranszplantált betegekkel folytatott pszichológiai munka szempontjai

Mezei Judit¹  ■ Bircher Julianna dr.²

¹Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest

² Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest

A szervátültetés összetett, testi és lelki szinten egyaránt megterhelő folyamat. A beavatkozás sikerességét nemcsak az orvosi tényezők határozzák meg, hanem a multidiszciplináris team tagjaként dolgozó pszichológus szerepe is kiemelt jelentőségű a transzplantációs folyamatban: a diagnózis közlésétől a rehabilitációig támogatja a megküzdést, az adaptív alkalmazkodást és a pszichés jóllét fenntartását. Segítséget nyújt a megváltozott élethelyzettel való megküzdésben, a betegség menedzselésében és az életminőség javításában, valamint a szerv pszichés integrációjában is. A különböző szakaszok – várakozás, műtét, posztoperatív időszak – során gyakori a depresszió, a szorongás, a poszttraumás stressz vagy a nonadherens magatartás megjelenése, amelyek negatívan befolyásolhatják a prognózist, a graft túlélését és az életminőséget. A pszichológus fontos szerepet tölt be az adherencia- és compliance-problémák feltárásában és kezelésében, valamint a hozzátartozók pszichés támogatásában – különösen élő donoros transzplantáció esetén. A pszichoszociális tényezők – például az együttműködésre való képesség, a társas támogatás, az egészség-magatartás, a pszichiátriai zavarok – már a szervtranszplantációt megelőzően szűrendők. A terápiás munka során gyakori téma a megváltozott testkép, a szerv elfogadása, szorongás a kilökődéstől vagy a transzplantációval kapcsolatos irreális elvárások. A pszichológiai felkészítés, edukáció, krízisintervenció és a célzott pszichoterápiás eszközök (például kognitív viselkedésterápia, relaxáció, alacsony intenzitású pszichológiai beavatkozások) jelentősen hozzájárulnak az autonómia és a kontrollérzet növeléséhez, a gyógyulási folyamat sikerességéhez és az életminőség hosszú távú javításához. A pszichológiai támogatás komplex jelenléte így a szervátültetés teljes folyamatában kulcsfontosságú mind a betegek, mind hozzátartozóik számára. A tanulmány célja a pszichológus szerepének átfogó bemutatása a nemzetközi irányelvek és az aktuális kutatások tükrében, különös tekintettel a pszichés tényezők klinikai jelentőségére, az adherencia növelésére és a pszichoszociális intervenciók életminőségre gyakorolt hatására. Orv Hetil. 2025; 166(36): 1420–1430.

Kulcsszavak: transzplantáció, pszichológia, irányelv, beteg-együttműködés, életminőség

Aspects of psychological work with organ transplant patients

Organ transplantation is a complex process that is both physically and psychologically demanding. The success of intervention is determined not only by medical factors, but also by the role of the psychologist as a key member of the multidisciplinary team throughout the transplantation process. From the moment of diagnosis to rehabilitation, the psychologist supports patients in coping, adapting, and maintaining psychological well-being. They provide assistance in managing the changed life situation, dealing with illness, improving quality of life, and facilitating the psychological integration of the transplanted organ. Throughout the different phases – waiting, surgery, and the postoperative period – depression, anxiety, posttraumatic stress, and non-adherent behaviors are common and can adversely affect prognosis, graft survival, and overall quality of life. The psychologist plays a central role in identifying and addressing adherence and compliance issues and also provides psychological support to family members, particularly in cases of living donor transplantation. Psychosocial factors – such as the patient's ability to cooperate, social support, health behaviors, and presence of psychiatric disorders – should be assessed before transplantation. Common therapeutic topics include altered body image, graft integration, fear of rejection, and unrealistic expectations related to the transplant. Psychological preparation, psychoeducation, crisis intervention, and targeted psychotherapeutic tools (*e.g.*, cognitive behavioral therapy, relaxation techniques, low-intensity psychological interventions) contribute significantly to enhancing autonomy, perceived control, treatment success, and long-term quality of life. The comprehensive presence of psychological support is therefore crucial throughout the entire organ transplantation process for both patients and their families. The aim of this study is to provide an overview of the psychologist's role

in transplant care, based on international guidelines and current research, with particular emphasis on the clinical relevance of psychological factors, the promotion of adherence, and the impact of psychosocial interventions on the quality of life.

Keywords: transplantation, psychology, guideline, patient compliance, quality of life

Mezei J, Bircher J. [Aspects of psychological work with organ transplant patients]. *Orv Hetil.* 2025; 166(36): 1420–1430.

(Beérkezett: 2025. június 28.; elfogadva: 2025. július 14.)

Rövidítések

AUDIT = (Alcohol Use Disorder Identification Test) Alkoholhasználati Zavarok Szűrőtesztje; GAD-7 = (Generalized Anxiety Disorder-7) 7 kérdést tartalmazó, az általános szorongásos zavart értékelő kérdőív; KDIGO = (Kidney Disease Improving Global Outcomes); LIPI = (low-intensity psychological interventions) alacsony intenzitású pszichológiai beavatkozások; NICE = (National Institute for Health and Care Excellence) Az Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézete (Egyesült Királyság); PACT = (Psychosocial Assessment of Candidates for Transplantation) transzplantációra váró jelöltek pszichoszociális vizsgálata; PHQ-9 = (Patient Health Questionnaire-9) 9 kérdést tartalmazó depressziószűrő kérdőív; PTSD = (posttraumatic stress disorder) poszttraumás stressz-zavar; QOLT = (quality of life therapy) életminőség-terápia; SADQ = (Alcohol Dependence Questionnaire) Alkoholfüggőség Súlyossága Kérdőív; SIPAT = (Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplant) stanfordi integrált pszichoszociális értékelés transzplantációhoz; TERS = (Transplant Evaluation Rating Scale) transzplantációra váró jelöltek értékelő pszichoszociális kérdőív; WHO = (World Health Organization) Egészségügyi Világszervezet

A szervtranszplantációval kapcsolatos kutatásokban az orvosi oldal mellett a transzplantáció sikerességében szerepet játszó pszichés tényezők vizsgálata is nagyobb figyelmet kapott az utóbbi években. Egyre több vizsgálat támasztja alá, hogy a szervkilökődés elkerülésében, a jobb prognózisban nagy szerepe van a szervátültetés előtt és után alkalmazott pszichológiai segítségnek [1–3]. A transzplantációt megelőző felmérés mellett az újonnan kialakult élethelyzettel és az ebből fakadó érzésekkel, nehézségekkel való megküzdésben nyújt támogatást a multidiszciplináris team tagjaként dolgozó pszichológus.

A betegség kezdetétől a kezeléseig a páciens több szakaszon megy át – a krónikus betegség és/vagy szervelégtelenség diagnózisa, a transzplantációs listára kerüléshez szükséges vizsgálatok, várakozás a transzplantációra, maga a műtét, a posztoperatív felépülés, a rehabilitáció, majd hosszú távon az állapot fenntartása, menedzselése –, amelyek mind adaptív alkalmazkodást igényelnek a beteg részéről. Bármelyik szakaszban felépülő nehézség esetén szükség lehet pszichológus bevonására.

A pszichológusnak a munkája során mindig figyelembe kell vennie a beteg kapacitását, szükségleteit és saját erőforrásait. A szomatikus osztályon dolgozó pszichológus az adaptív megküzdés elősegítése által növeli a kezeléssel és a személyzettel való együttműködést, a betegség menedzselését, az életminőséget, és szükség esetén a hozzátartozók bevonásával is végez beavatkozást, illetve számukra is segítséget nyújt. Annak a jelentősége sem hanyagolható el, hogy a pszichológus aktív és integrált részese legyen a teamnek, és részt vegyen olyan tevékenységekben, mint a klinikai megbeszélések, az oktatás, a kutatás és a konferenciákon való megjelenés. A betegek számára is látható, integrált tagja kell hogy legyen az őket ellátó csapatnak, éppen ezért fontos a pszichológus részvétele az orvosi viziteken vagy bizonyos konzultációkon [1].

Az Eurotransplant – amely nyolc európai ország, köztük 2013 óta Magyarország transzplantációs központját, laboratóriumait és donorkórházait fogja össze – nem rendelkezik ugyan önálló, kizárólag pszichológiai ellátásra vonatkozó irányelvekkel, tevékenysége azonban a nemzetközi szakmai ajánlásokkal összhangban zajlik. Ezek az ajánlások kiemelt jelentőséget tulajdonítanak a pszichoszociális felmérésnek és intervenciónak mind a szervátültetést megelőzően, mind a poszttranszplantációs gondozás során. Magyarországon mind ez idáig nem született olyan átfogó tanulmány, amely egységesen összefoglalná a pszichológiai vagy pszichoszociális ellátásra vonatkozó szakmai irányelveket a szervtranszplantáció területén. A hazai tudományos munkák jellemzően egy-egy szervre fókuszálnak, illetve a transzplantációval kapcsolatos folyamatok vagy a transzplantált betegek jellemzőinek egy-egy aspektusát emelik ki, így a mindennapi klinikai gyakorlat számára kevésbé nyújtanak konkrét útmutatást. Ráadásul az elmúlt években rendkívül kevés olyan hazai tanulmány látott napvilágot, amely kifejezetten a szervátültetett betegek pszichológiai vonatkozásait vizsgálta volna. Ennek hátterében több tényező is állhat: a pszichológia szerepe továbbra is alulreprezentált a transzplantációs ellátásban, a multidiszciplináris kutatócsoportok hiánya, a klinikai szakemberek túlterheltsége, továbbá egy viszonylag szűk szakterület, ahol kevés a specializált szakember.

Cikkünk célja a szervátültetett betegek ellátását végző teamben dolgozó pszichológus feladatainak összefogla-

lása az aktuális külföldi szakmai irányelvek alapján, hogy a transzplantált betegek pszichés vezetése, a hozzátartozók segítése és a pszichológus multidiszciplináris csapatban való részvétele minél hatékonyabb lehessen.

A szervtranszplantáció szakaszai

A diagnózis közlése

Az első, a beteg és hozzátartozói számára is érzelmileg megterhelő szakasz a krónikus betegség és/vagy szervelégtelenség diagnózisának közlése. Ilyenkor a betegség következtében megváltozott szomatikus állapot és funkcionálási szint sérülése mellett a betegség és az ezzel járó betegszerep elfogadásával is meg kell küzdenie a páciensnek [4–6]. Főként akut szervelégtelenség esetén áll fenn a veszélye a betegség tagadásának és az ebből fakadó 'non-compliance' magatartásnak [7]. Ez a szakasz a leggyengébb klinikai állapotot jelenti, amikor a szerv működése eléri a végstádiumot. Ekkor válik egyértelművé, hogy a szervátültetés megkerülhetetlen az életben maradás biztosításához [8].

A betegek élete gyakran gyökeresen megváltozik. Szociális szerepeik és interperszonális kapcsolataik – mind a családi, mind a munkahelyi környezetben – jelentős mértékben átalakulhatnak, tevékenységi körük szűkülhet. Sok érintett beszámol az autonómia csökkenésének élményéről, valamint az egzisztenciális biztonság elvesztéséről, amely az anyagi veszteségeken túl jelentős szorongással társulhat. A szervelégtelenség kapcsán gyakran kiszolgáltatottságérzés, halálfélelem, elkeseredettség, reménytelenség, szorongás és harag jelenik meg [5, 9]. Veseelégtelenség esetén a dialízis indulásakor elveszíthetik a betegek a gyógyulásba vetett hitüket. Ez a beavatkozás is jelentős hatással van a betegek életére, nagymértékben korlátozza azt, és emiatt a dializált betegek körében nagy a depresszió és a betegségteher mértéke [9]. Emellett a kevésbé akut betegek akár éveket várhatnak a szervre, ami az egészségromlás kockázatával jár [7]. A reménytelenségérzés az orvosi utasítások követését is negatívan befolyásolja, fennállása megnöveli a depresszió és a szuicidium kockázatát [10].

A tünetek első megjelenésekor és a diagnózis közlése során a pszichológusnak fontos szerepe van szükség esetén a krízisintervencióban, továbbá a betegség elfogadásának és az azzal való megküzdésnek a támogatásában terápiás eszközökkel. Segítséget nyújthat a stresszkezelésben, a félelmek és beteg szerv miatti gyász feldolgozásában, a dühkezelésben és a depressziós tünetek csökkentésében is [5, 7]. A krónikus betegséggel való együttélés során fontos a személy autonómiájának megőrzése, új életcél kialakítása, a megküzdési stratégiák rugalmas és adekvát alkalmazása, új tanulása, valamint az erőforrások mobilizálása. A pszichológus betegegyüttműködésével segíthet az adherencia növelésében, a betegség megértésében, új szerepek kialakításában és új életcél megfogalmazásában [5]. Továbbá a szervtranszplantáció

sajátosságából eredően nehézséget okozhat a beteg számára annak elfogadása, hogy egy idegentől vagy éppen közeli hozzátartozótól, barátától kapott szervvel éljenek tovább. A betegek gyakran élnek át büntudatot emiatt, így ezek elfogadásában és feldolgozásában is segíthet a pszichológus [9, 11].

A transzplantációs listára kerülés és várakozás

A legnagyobb pszichés megterheléssel járó periódus a várakozás szakasza, amely során a páciens bizonytalanságot élhet meg romló egészségi állapota fényében az új szerv elérhetőségével és életkilátásaival kapcsolatban. Ezt tovább nehezíti, hogy a pácienseknek számos szűrővizsgálaton kell átesniük ahhoz, hogy recipienssé válhassanak, ami önmagában fokozhatja a teljesítményszorongást [8]. A szakmai irányelvek előírják, hogy a transzplantációs listára való kerülést megelőző kivizsgálásnak részét kell hogy képezze a pszichoszociális státusz felmérése – különös tekintettel az egészségkárosító magatartásformákra, valamint szükség esetén a neurokognitív állapot vizsgálatára is. A kivizsgálás mellett a pszichológus szerepe kiemelt a szervátültetésre való felkészülés és a várakozás során jelentkező szorongás és stressz kezelésében, emellett a szükségessé váló életmódbeli változásokhoz való alkalmazkodás során jelentkező pszichés nehézségek kezelésében is. Ez történhet akár egyéni, akár csoportos formában. Az utóbbi esetén a sorstársi kapcsolatok által megélhetik a betegek, hogy nincsenek egyedül nehézségeikkel. A várólistára helyezés után hasznosnak bizonyul a szervtranszplantációra való megfelelő felkészülés, mely a műtét utáni felépülés sikerét és az új élethelyzethez alkalmazkodást segíti. Ugyancsak fontos annak lehetővé tétele, hogy a beteg kapcsolatba léphessen egy olyan betegtársával, aki már átesett a transzplantáción. Ezekre kifejezetten alkalmas a betegpopulációra specifikus pszichoszociális csoportok, mentorprogramok és önszorgító csoportok felkeresése.

A preoperatív és perioperatív szakasz

Ebben a szakaszban – amely magában foglalja a szervátültetést is – a beteg szembesülhet a műtéthez kapcsolódó lehetséges komplikációkkal, valamint azzal a kérdéssel, hogy a transzplantáció sikeres lesz-e, és biztosítja-e a túlélését. Az alapbetegség mellett a szervtranszplantáció maga is érzelmi és pszichés megterheléssel jár, ezért a British Transplantation Society irányelvei [12] alapján kiemelt figyelmet kell fordítani azokra a betegekre, akik pszichológiai szempontból fokozott rizikójú csoportba tartoznak (például transzplantáció előtti depressziós állapot, gyenge társas támogatás).

A műtét kapcsán megjelenő szorongást befolyásolhatják korábbi tapasztalatok, előzetes hiedelmek és másoktól hallott történetek. A szervátültetést megelőzően fokozott figyelmet igényelnek azok a betegek – különösen fiatal nők –, akiknek nincs korábbi műtéti tapasztalatuk,

vagy korábban negatív élményük volt az anesztéziával kapcsolatban, mivel körükben gyakoribb a műtét előtti szorongás. A szorongás csökkentése érdekében fontos a megfelelő tájékoztatás, a pszichoedukáció biztosítása számukra [13].

Az intenzív osztályos kezelés során a beteg tudati állapota, hozzáférhetősége hullámzó lehet, emiatt elsősorban a pozitív szuggesztiókon alapuló pszichés támogatás ajánlott az intenzív terápia során tapasztalt negatív élmények (például bizonytalanság-, kiszolgáltatottságérzés, a saját test feletti kontrollérzet elvesztése, frusztráció, félelem, alvásdeprivatio, kommunikációs nehézségek) és ezek hatásainak megelőzése [14]. A szervtranszplantáció és az intenzív osztályos ellátás is okozhat poszttraumás stresszt, vagy aktiválhat újra egy régi traumát. A pszichológus a traumatikus élmények, a félelmek és a fájdalmak feldolgozása mellett az esetleges szövődmények miatt kialakult kríziseket is végigkíséri, pszichésen támogatja a beteget [5]. Az intenzív osztályos kezelés során a műtétet követően agitációval és hallucinációkkal járó deliráns állapot is kialakulhat, ennek megszűnése után a beteg emlékezhet élményei egy részére, ami szégyenérzettel járhat. Fontos ezeknek az érzéseknek a feldolgozása, ítélkezésmentes, elfogadó és empátikus légkör biztosítása mellett a tünetek normalizálása, edukáció nyújtása, az élmény feldolgozása [5, 15].

A szervátültetés előtt álló és azon átesett betegek is kognitív funkcióbeli csökkenést élhetnek át például hepaticus encephalopathia, hypercarbia, hypoxia, uraemia, gyógyszerek és fertőzések következtében, amelyek általában reverzibilisek. Szükség esetén a pszichológus feladata a kognitív deficit felmérése – memória, tanulási képesség, pszichomotoros sebesség, végrehajtott funkciók és intellektus vizsgálata [7].

Posztoperatív szakasz

A műtétet követő szennitív időszakban a pszichológiai alkalmazkodás kulcsfontosságú, amely a megküzdési mechanizmusok aktiválását és a módosult életkörülményekhez való rugalmas viszonyulást igényli. A brit Renal Association szakmai irányelvei [16] alapján a szervtranszplantáción átesettek számára a műtétet követően, illetve az utógondozás során olyan multidiszciplináris team elérhetőségét kell biztosítani, amelyben gyógyszerész, dietetikus, szociális munkás és pszichológus is részt vesz.

A szervátültetést követően, amikor a beteg állapota lehetővé teszi, fontos tájékozódni rövid klinikai vizsgálat keretében a beteg mentális egészségéről, kognitív képességeiről, általános funkcionális állapotáról és magatartásáról [17]. A betegek nagyfokú pszichés és szomatikus megterhelésnek vannak kitéve a transzplantáció által, továbbá lehet, hogy kozmetikai problémákkal is szembe kell nézniük, emiatt a műtéti beavatkozásokat követően gyakran jelennek meg szorongásos és hangulati panaszok [18]. A fizikai transzplantáció mellett a szerv pszichés integ-

rációjának elősegítésében – amely hatással van a műtét sikerességére, a hosszú távú kimenetelre – is elengedhetetlen szerepet játszik a pszichológus. A betegek gyakran számolnak be a kilöködéstől, valamint az esetleges fertőzésektől és a szövődményekről való félelmekről. A pszichológus feladata a félelem feldolgozásának, az érzelmi egyensúly visszanyerésének, illetve a megfelelő adherencia és alkalmazkodás kialakításának segítése szupportív és kognitív viselkedésterápiás intervenciókat alkalmazva relaxációs technikákkal kiegészítve [5].

Kifejezett figyelmet érdemelnek azok a betegek, akiknél korábban graftelégtelenség fordult elő. Ők a depresszió szempontjából nagyobb rizikójú csoportba tartoznak. A depresszió fokozza a fájdalomérzetet, a sebgyógyulás és a felépülés hosszabbá válik, továbbá kétszeresére növeli a graftelégtelenség előfordulásának esélyét [17–20]. A műtét után hangulatingadozás, alvászavar, gastrointestinalis panaszok, remegés, kognitív károsodás és szexuális diszfunkció is megjelenhet. Ezek a depresszió mellett a betegségből és a gyógyszerek mellékhatásából is adódhatnak, éppen ezért kiemelt szerepe van a pszichológusnak a differenciáldiagnosztikában, a beteg pszichés és kognitív állapotának monitorozásában, szükség esetén pszichiáter szakorvos bevonásával [7]. A depresszió felismerése és kezelése növeli a beteg életminőségét, várható élettartamát, funkcionális állapotát, javítja a betegség kimenetelét, és csökkenti a relapsusok valószínűségét [20].

A kis intenzitású kognitív viselkedésterápiás kivizsgálás és intervenciók (a továbbiakban: LIPI) jól alkalmazhatók a szomatikus betegellátás során a beteg pszichés állapotának felmérésére és pszichológiai ellátására. Ezek fókuszában a jelenlegi problémák állnak. A pszichológus a vezető tünetekről és ezek kontextusáról gyűjt információt a beteg elmondása alapján, melyet a páciens életkörülményeiről, szociális hálójáról, társas kapcsolatai minőségéről szerzett adatok, illetve a beteg pszichiátriai és szomatikus anamnézise egészít ki. A LIPI-kivizsgálás és -intervenciók rövidek és lényegre törőek, figyelembe veszi a beteg terhelhetőségét, érzelmi és testi kapacitását, éppen ezért szomatikus osztályokon is könnyen kivitelezhető. A pszichológus a vezető tünetekhez illeszkedő kérdőíveket választ a tünetek objektív felmérésekor (például Kórházi Szorongás és Depresszió Kérdőív, Vizuális Analóg Skála, PHQ-9, GAD-7, Reménytelenség Skála, Egészségssorongás Kérdőív). A LIPI-beavatkozások során a beteg támogatást kap központi problémájának felismeréséhez és az azzal való megküzdéshez [21, 22].

A beteg pszichés statusának követése és támogatása mellett a hozzátartozókkal folytatott interakciók megfigyelésében és az ezekhez való segítségnyújtásban is fontos szerepe van a transzplantációs team tagjaként dolgozó pszichológusnak. A családtagok maguk is fokozott stressznek vannak kitéve a megváltozott életkörülményekhez, családi szerepekhez való alkalmazkodás tekintetében. A betegség lefolyása és a szervátültetés kapcsán megjelenő bizonytalanság érzésével is meg kell küzdeni-

ük. Megjelenhet félelem a szeretettük elvesztése kapcsán, illetve büntudat is, ha a családban öröklődő betegség következtében alakult ki az állapot. A beteg mellett a közeli hozzátartozók és gondozók bevonása a kezelésbe is kiemelt jelentőséggel bír. Számukra is érdemes átadni tájékoztató anyagot, valamint szóban informálni őket a szomatikus betegség és a szervtranszplantáció mellett a pszichés betegség természetéről és kezeléséről is, valamint arról, hogy ők maguk hogyan tudják segíteni a beteget. Az ő fizikai és mentális egészségük ugyanolyan fontos, emiatt szükség esetén ezek felmérésére is figyelmet kell fordítani. A szervátültetett beteg és hozzátartozói számára rendelkezésre álló helyi önszorgító és támogatói csoportról és/vagy önkéntes szervezetről is érdemes tájékoztatást nyújtania a pszichológusnak. A hozzátartozókkal való kommunikáció során a titoktartásra külön figyelmet kell fordítani [5, 7, 20].

Rehabilitáció, utógondozás

A felépülés folyamatából adódó tartós inaktivitás, valamint a kortikoszteroid-kezelés hatására a beteg veszíthet izomtömegéből és csontállományából is. A hosszan tartó és megterhelő fizikai rehabilitáció ellenére is előfordulhat, hogy egyes funkciók csak részben állnak helyre, és bizonyos mindennapi tevékenység végzése korlátozott marad [7]. A rehabilitáció során a pszichológus munkája kiterjed a beteg aktív szerepvállalásának és autonómiájának erősítésére, a gyógyulásba vetett hit támogatására, valamint az esetleges szövődmények, mellékhatások és egyéb nehézségek elfogadásának elősegítésére. Emellett pszichológiai támogatást nyújthat a donorral kapcsolatos büntudat érzésének feldolgozásában is [9].

A betegek egy részénél visszatérő, traumatikus élmények (flashback) jelentkezhetnek az intenzív terápiás osztályon átélt események következtében. Ezek az élmények súlyos pszichés megterhelést okozhatnak, és akut stresszreakció vagy poszttraumás stressz-zavar kialakulásához vezethetnek. A NICE irányelvei [23] hangsúlyozzák, hogy ilyen esetekben bizonyítottan hatékony pszichoterápiás beavatkozásként egyénre szabott kognitív viselkedésterápia alkalmazása javasolt.

A szervátültetést követően a beteg hosszú távú gondozása során évente legalább egy alkalommal ajánlott a szomatikus állapot mellett a szociális, pszichológiai és szexuális funkciók felmérése is. Amennyiben nehézségek merülnek fel, az intézményen belül biztosítani kell a megfelelő szakterülethez tartozó ellátást. Nonadherencia észlelésekor elengedhetetlen a háttérben álló pszichoszociális tényezők feltárása, valamint célzott, személyre szabott intervenciók alkalmazása a nagy kockázatú vagy nem együttműködő betegek esetében [16].

A British Transplantation Society irányelvei [24] alapján a graftfunkció súlyos romlása vagy elégtelensége esetén – legyen szó dialízisre való visszaállásról vesetranszplantátnál vagy konzervatív terápia folytatásáról – el-

engedhetetlen a megfelelő pszichológiai támogatás biztosítása és hozzáférhetősége. A graftfunkció súlyos romlásával vagy elégtelenségével összefüggésben jelentkező pszichés distressz témájában mind ez idáig viszonylag kevés publikáció született annak ellenére, hogy a folyamat jelentős érzelmi megterheléssel járhat. A kialakuló pszichés teher depresszióhoz, illetve akár szuicid késztetésekhez vezethet, és nemcsak az érintett beteget, hanem közvetlen környezetét – különösen a családtagokat – is negatívan befolyásolhatja. Különösen igaz ez akkor, ha a kapott szervet egy közeli hozzátartozó adományozta, mivel ez esetben mindkét fél büntudattal küzdhet. A graftelégtelenséget gyakran kísérik olyan pszichológiai reakciók a büntudat mellett, mint veszteségélmény, harag, félelem, valamint az önértékelés romlása. A dialízishez való visszatérés különösen nehéz lehet azon betegek számára, akik korábban negatív tapasztalatot éltek át a kezelés során, mivel ezek az élmények felna-gyítódhatnak, a beteg hajlamos lehet negatívabban látni helyzetét. Továbbá kedvezőtlen hatással lehet a beteg munkaképességére, illetve magánéletére is, ami további pszichés distresszt generálhat [24, 25].

A kontrollérzet visszanyerését támogató pszichológiai technikák, mint például a progresszív izomrelaxáció, a szisztematikus deszenzitizáció, az autogén tréning és az imagináció, hatékonyan csökkenthetik a folyamat során átélt pszichés feszültséget. Emellett az asszertív tréning, a dühkezelési stratégiák és a problémamegoldási készségek fejlesztése is hozzájárulhat a pszichés stabilitás erősítéséhez. Amennyiben a betegre önmagával vagy másokkal szembeni irreális elvárások, illetve negatív automatikus gondolatok jellemzők, amelyek érzelmi diszregulációhoz vezetnek, kognitív viselkedésterápiás technikák alkalmazása javasolt [7].

A pszichoszociális tényezők felmérése a szervátültetés vonatkozásában

A szervtranszplantáció rendkívül összetett folyamat, amelynek során olyan pszichoszociális tényezők is kitüntetett szerepet kapnak, mint például a recipiens stresszorokkal való megküzdőképessége, az esetleges komorbid pszichiátriai zavarok (és azok folyamatos monitorozása, kezelése), a transzplantációs folyamat megértésének képessége, valamint a transzplantációs teammel és a kezelésekkel való együttműködés, életmód és egészségviselkedés, szerhasználat stb. E tényezők szűrése még a transzplantációs folyamat megkezdése előtt szükséges, mivel befolyásolhatja a szervátültetés sikerességét [26]. Ennek érdekében fontos, hogy már a szervátültetést megelőzően több alkalommal találkozzon szakember a recipiensjelölttel, a családtagokkal, valamint az egészségügyi személyzettel. A felméréshez olyan mérőeszközök állnak rendelkezésre, mint például a Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplant (SIPAT) [27], a Psychosocial Assessment of Candidates for Transplan-

tation (PACT) [28] vagy a Transplant Evaluation Rating Scale (TERS) [29]. Az alábbiakban részletesen bemutatjuk a fentebb említett pszichoszociális tényezőket.

Adherencia, compliance és egészségviselkedés

A kezelésekkkel való együttműködés a szervtranszplantációra való alkalmasság egyik alapkérdése – a recipiens ugyanis aktív szerepet vállal a gyógyulásában [8]. Az adherencia, vagyis a gyógyszeres kezeléssel való együttműködés támogatása kiemelt szerepet tölt be a szervátültetett betegek kezelése során. A szervtranszplantáció egész életre szóló elköteleződéssel jár az immunuszuppresszív terápia miatt, amely megakadályozza a kapott szerv elutasítását. A gyógyszeres terápiával való együttműködés hiánya (nonadherencia) vagy annak nehézsége rejectióhoz, a graft elvesztéséhez, újabb transzplantációhoz vagy halálhoz is vezethet [7].

A nonadherencia hátterében gyakran pszichés tényezők, a beteg kezeléssel kapcsolatos hiedelmei állnak. Előfordulhat, hogy bagatellizálják a betegségüket és a hosszú távú negatív következményeket, valamint állapotjavulás és hosszabb tünetmentes időszak után önként elhagyják gyógyszereiket. Emellett azonban az is lehetséges, hogy a kezeléssel való együttműködés nehézségének hátterében a mellékhatásoktól való félelem, többféle gyógyszer esetén az adagolás és az előírások követésének nehézségei, továbbá pénzügyi gondok, a betegségtudat hiánya is állhat [30] (1. táblázat).

A kezelésekkkel való együttműködést hátráltatja, ha a páciens eleve ambivalensen viszonyul a szervátültetéshez, korábban is hajlamos volt az ellenállásra vagy elkerülésre, a szerhasználatra, továbbá alacsony fokú szociális hálózattal és gyenge szervezőképességgel rendelkezik [8]. Már a szervátültetést megelőzően és azt követően is szükséges a pszichológiai támogatás a nonadherens viselkedés megelőzése, valamint az adherencia és az egészségmegőrzés elősegítése érdekében, különösen az immunuszuppresszált állapotból fakadó fokozott fertőzésveszély miatt.

1. táblázat | A nonadherencia rizikófaktorai

- A transzplantációt megelőzően tanúsított nonadherencia
- Pszichiátriai zavar megléte
- Személyiségzavar
- Alacsony szintű társas támogatás
- Alkohol- és szerhasználat vagy más, nagy rizikójú magatartás
- Serdülőkör
- Magas iskolai végzettség (míg a szociális ökonómiai státusz pont hozzájárul az adherenciához)
- A transzplantáció óta eltelt idő
- A kórházi elbocsátás és a későbbi gondozás elégtelensége
- A transzplantációt megelőző elégtelen tájékoztatás, illetve a betegségről való tudásanyag elégtelensége és inadekvát betegségbelátás
- A gyógyszerek sokrétű mellékhatása
- Bonyolult gyógyszerelés és gondozás

A korosztályok közül a serdülők igényelnek nagyobb figyelmet, mivel korukból és azok jellemzőiből adódóan gyakran felelőtlenül viselkedhetnek (például gyógyszer elhagyása, káros szerhasználat, dohányzás). A mentális retardációval és más, súlyosabb pszichiátriai betegséggel élők szintén nagyobb figyelmet érdemelnek a kezelés komplexitása miatt [7]. A krónikus betegséggel küzdők és a szervtranszplantált betegek körében az átlagpopulációhoz képest nagyobb a depresszió és a szorongás előfordulási aránya. A hangulati és szorongásos zavarok a kezeléssel való együttműködés hiányához, más néven 'non-compliance'-hez és egyéb negatív viselkedési reakciókhoz vezethetnek. A Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) [25] vesetranszplantáción átesett betegek gondozására vonatkozó irányelvei külön hangsúlyt fektetnek a 'non-compliance' viselkedésre ennek gyakorisága és súlyos következményei miatt.

Minél tovább tart a kezelés, annál gyakrabban fordul elő az azzal való együttműködés hiánya. A fentebb említetteken túl a kezelés költsége, a kezelőszeméllyel folytatott elégtelen kommunikáció, a kezeléshez és a gyógyszerekhez való hozzáférés nehézsége is hozzájárul a nonadherens magatartás megjelenésének kockázatához.

A pszichológus feladata, hogy a kezeléssel való együttműködés nehézsége vagy hiánya esetén ítélkezésmentes, biztonságos környezetet nyújtson a beteg számára, hogy fel tudja tárni a nonadherencia hátterében álló tényezőket, majd ezek alapján az intervenciót személyre szabottan meg tudja tervezni. Ha egzisztenciális vagy szociális (például munkahelyi) problémák tárhatók fel, akkor fontos ezek átbeszélése, segítése, továbbá szociális munkás bevonása. Ha az inadekvát viselkedés mögött álló depresszió, szorongás vagy más pszichés tényezők tárhatók fel, ezek kezelése szükséges akár pszichiáter kolléga bevonásával. Érdemes a beteg szociális hálóját feltérképezni és bevonni a kezelésbe. Amellett, hogy a beteggel a pszichológus is megegyezhet akár írásos szerződéssel, hogy együttműködik a javasolt kezeléssel, fontos lehet az őt kezelő team tagjai és a beteg közti kapcsolatot erősíteni, a bizalmat még inkább kiépíteni. Elő kell segíteni, hogy a beteg be tudja építeni napirendjébe a gyógyszer-szedést. Ehhez akár mobilon vagy más digitális eszközön beállított emlékeztetők, applikációk is használhatók. A vesetranszplantált betegek körében végzett kutatások azt mutatják, hogy az egyéni pszichoterápia hatékonyabb lehet a csoportosan alkalmazottnál [25]. Az adherencia növelésére a kognitív és viselkedésterápiás elemeket egyaránt alkalmazó intervenciók, valamint a motivációs interjú technikái bizonyulnak a leghatékonyabbnak. A pszichológiai beavatkozás célja az egészség-magatartás kialakítása: a szükséges viselkedésváltozás elősegítése a beteg motivációjának növelése által, a problémamegoldás facilitálása, az énhatékonyság növelése és a pszichológiai segítség által elsajátított készségek gyakorlása [30].

A nonadherencia mellett a gyógyulást hátráltató tényezőkhöz tartozik a szerhasználat, a helytelen táplálko-

zás és a mozgásszegény életmód is [8]. Az egészséges életmód kiemelt fontosságú a szervátültetés tekintetében. A dohányzásról való leszokás már a transzplantációt megelőzően ajánlott, a beteg számára ehhez leszoktató programról tájékoztatást kell nyújtani [31].

Emellett a testsúly csökkentése is szükséges lehet. Vesetranszplantáltak esetén az irányelvek alapján erre akkor érdemes figyelmet fordítani, ha a testtömegindex 30 kg/m² felett van [31]. A nem alkoholos steatohepatitis miatti transzplantációra vonatkozó irányelvek szerint a komorbid cardiovascularis betegségek gyanúja esetén nemcsak a megfelelő diéta és testmozgás kialakítása szükséges, hanem a pszichológiai támogatás biztosítása is indokolt [12]. Az alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók révén a páciensek olyan eszközökhöz juthatnak, amelyek támogatják a sikeres és tartós testsúlykontrollt. A súlycsökkentő programba való bevonódást és az életmódváltás iránti elköteleződés erősödését empátikus, támogató légkör és partneri viszony elősegítésével lehet hatékonyan facilitálni [32].

Élő donoros transzplantáció esetén a donor számára is ajánlott a rendszeres testmozgás végzése, illetve szükség esetén a dohányzás abbahagyása és a testsúly csökkentése [31].

Pszichiátriai zavarok

A transzplantációs klinikán fekvő betegek más szomatikus osztályon fekvő betegekhez hasonlóan az átlagpopulációhoz képest sérülékenyebbek a pszichiátriai zavar megjelenése szempontjából (amely lehet egy korábban jelen lévő zavar fellángolása vagy egy új zavar elindulása). A leggyakrabban felmerülő zavarok a szorongás- és hangulatzavarok, a pszichotikus zavarok, a személyiségzavarok, a kognitív zavarok, a mentális retardáció, a szerhasználat, továbbá egyes immunosuppresszánsok neuropszichiátriai mellékhatásai [8].

A szervátültetés az egyén életének minden területére kiható, jelentős esemény, amely nemcsak fizikai, hanem pszichológiai, szociális és interperszonális kihívásokat is magában foglal. A beteg jóllétének biztosítása multidiszciplináris csapatmunkát igényel, beleértve többek között klinikai szakpszichológus vagy akár pszichiáter bevonását. A testkép és az identitás kérdésein túl gyakran merülnek fel pszichopatológiai kérdések is, mint például a poszttraumás stressz-zavar, az alkalmazkodási zavarok vagy pszichoszomatikus zavarok [33].

Dew és mtsai [34] szakirodalmi áttekintésük legfőbb eredményeként kiemelik a szervtranszplantációt követő halálozás és a depresszió közti összefüggést, mivel a depresszió növelheti a szervkilökődés kockázatát. Ezzel szemben szorongás esetén nem találtak szignifikáns kapcsolatot, ami alátámasztja a depresszió szűrésének és kezelésének fontosságát a transzplantációs ellátásban. *Biyyala és mtsai* [35], illetve *De Pasquale és mtsai* [36] metaanalízisükben a depresszív, szorongásos tünetek és

az insomnia magas prevalenciáját igazolták máj- és vese-transzplantált betegeknél.

Davydow és mtsai [37] a poszttraumás stressz-zavar prevalenciáját vizsgálták szervátültetett személyeknél egy szisztematikus áttekintés keretében. A 23 vizsgált tanulmány alapján a PTSD-tünetek pontprevalenciája a kérdőíves beszámoló alapján 1–16%, a klinikus értékelése alapján 0–46%, a kumulatív incidencia a klinikus értékelése alapján 10–17% volt. A PTSD-tünetek megjelenésének prediktora lehet a korábbi pszichiátriai zavar, valamint a gyenge társas támogatás, de a mentális és fizikai egészséghez kapcsolódó életminőséggel is összefügg. Egy később megjelent szakirodalmi áttekintés [38] alapján a felnőtt vesetranszplantált személyek akár 21%-ában megjelenhetnek PTSD-tünetek, ami összefügg a rosszabb életminőséggel és alvással, illetve egyéb pszichiátriai zavarokkal. Ugyanakkor a szerzők kitérnek a poszttraumás növekedés szerepére is, amely kapcsolódik a jobb életminőséghez és vesefunkciókhoz, valamint a szervkilökődés kisebb kockázatához. A resiliencia olyan tényezőkkel is összefüggésbe hozható, mint a kisebb distressz, a magasabb fokú adherencia és a személyzetbe vetett bizalom.

Alkohol- és szerhasználat

A rendszeres, egészségkárosító mértékű alkoholfogyasztás növeli a depresszió kialakulásának kockázatát, illetve olyan fizikai megbetegedéseket is, mint az akut pancreatitis. Hosszú távon hozzájárul a magas vérnyomás, a cirrhosis, a rosszindulatú májdaganatok és a szívbetegségek kialakulásának kockázatához [39].

A European Renal Best Practice [31] szakmai irányelvek előírják a beteg alkohol- és szerhasználati magatartásának felmérését. Nők esetén naponta >40 g, férfiak esetén >60 g alkohol fogyasztása tekinthető túlzott mértékűnek, emiatt a várólistára kerüléshez szükséges a fogyasztott mennyiség e szintek alá csökkentése, ellenőrzése. A NICE-irányelvek [39] az Alkoholhasználati Zavarok Szűrőtesztje (Alcohol Use Disorder Identification Test – AUDIT) és az Alkoholfüggőség Súlyossága Kérdőív (Alcohol Dependence Questionnaire – SADQ) felvételét javasolja az alkoholhasználati zavar mérésére. Az alkoholhasználati zavarok kezelésében olyan pszichológiai beavatkozások bizonyultak hatékonyak, mint a kognitív viselkedésterápia, a viselkedésterápia vagy a szociális kapcsolatokra és környezeti támogatásra épülő terápiák. Súlyosabb esetekben intézeti addiktológiai rehabilitáció is indokolt lehet. Emellett fontos az esetleges komorbid pszichiátriai zavarok (például hangulati és szorongásos zavarok) felismerése és ellátása is.

A túlzott mértékű alkoholfogyasztás kezelésére az Egészségügyi Világszervezet (WHO) klinikai irányelvei [40] egyéni szinten a kognitív viselkedésterápiát és szükség esetén a gyógyszeres kezelést ajánlják. Amennyiben a függőség kezelése nem sikeres, nem kerülhetnek várólistára a betegek. A NICE-irányelv [41] májtranszplantáltak

esetén is az alkoholhasználati zavar kezelését javasolja a transzplantációs listára való felkerülés kérelmezése előtt. Alkoholos eredetű májbetegség esetén Magyarországon 1 év orvosilag igazolt absztinencia felmutatása kötelező. A beteg pszichológiai támogatása ideálisan a hepatológiai ellátással szorosan együttműködve, ugyanazon a helyszínen történik, amit a betegek is könnyebben elfogadnak, mint különálló szakemberek felkeresését. A tapasztalatok szerint azokban a centrumokban, ahol az addiktológusteam a transzplantációs munkacsoport része, kedvezőbbek az eredmények: tartósabb az absztinencia, alacsonyabb szintű a visszaesés és a mortalitás [42].

A pszichés zavarok kezelése a szervtranszplantációs folyamatban

Pszichofarmakonok

Bizonyos esetekben gyógyszeres kezelésre is szükség lehet pszichiáter szakorvos bevonásával, szervátültetés esetén azonban különösen alapos körütekintést igényel, tekintettel az adott szerv állapotára és az esetleges mellékhatásokra [8].

A pszichoszociális intervenciók és a pszichoterápia szerepe

A szervtranszplantált betegek pszichológiai támogatásában a leggyakrabban alkalmazott pszichoterápiás módszerek a csoportterápia, az edukációs csoportok, a szupportív csoportok, valamint az internetes és mentorprogramok. Ez utóbbira példa a Magyarországon megvalósított, felnőtt szívtranszplantáltak körében bevezetett sorstársi mentorprogram, amely a társas támogatás erősítését, az információátadást és a pszichés teher csökkentését szolgálja a transzplantáció utáni időszakban [43].

Az életminőség-terápia (QOLT) mint kognitív viselkedésterápiás módszer, elsősorban a boldogság és az étellel való elégedettség növelését célozza meg olyan életterületeken, mint például az önértékelés, a kapcsolatok, és eredményesen alkalmazható a szervátültetett betegek életminőségének javítására [3].

Bár a társas támogatás hatása a gyógyszereszedésre és a túlélésre még további kutatást igényel, több tanulmány igazolta a pszichoszociális intervenciók pozitív hatását. *Sambucini és mtsai* [44] metaanalízise ezt a témát járja körül: a 19 tanulmányból leszűrte eredményeik szerint a pszichoszociális intervenciók csökkentették a depressziót és a szorongást vesetranszplantáltaknál, szívátültetettekénél pedig különösen a posztoperatív szorongás enyhítésében bizonyultak hatékonynak. Az intervenciók multidimenzionális megközelítése (viselkedéses, edukációs és pszichológiai szinteken) segíti az immunszuppresszív terápiához való jobb alkalmazkodást is [45].

Ezen túlmenően léteznek kifejezetten az adherencia javítását célzó tréningprogramok is. *Zhu és mtsai* [46] szisztematikus áttekintése alapján az ilyen típusú intervenciókban részt vevő vesetranszplantált személyek nagyobb adherenciát mutattak az immunszuppresszív terápiával kapcsolatban, mint azok a recipiensek, akik nem vettek részt hasonló programban.

Életminőség a szervátültetés után

A szervátültetés hosszú távú kimenetelének és a betegek jóllétének fontos mutatója az életminőség. *Yang és kutatócsoportja* [47] májtranszplantált személyek körében végzett szisztematikus áttekintésükben 23 vizsgált tanulmány eredményei alapján megállapították, hogy a transzplantációt követően a recipiensek életminősége még 20 éves távlatban is kedvezőbb volt, mint a preoperatív szakaszban. Ugyanakkor a műtétet követő komplikációk, a korlátozott önellátás és a csökkent mobilitás rontotta a szubjektív jóllétet.

Tarabeih és mtsai [48] különböző szervtranszplantáción átesett 427 páciens fizikai, pszichológiai, szociális és környezeti életminőségét hasonlították össze. Eredményeik alapján a szív- és májtranszplantált személyek jobb életminőségről számoltak be a tüdő- vagy vesetranszplantáltakéhoz képest. Ugyanakkor a máj- és veseátültettek körében több aggodalom jelent meg, mint szív- vagy tüdőtranszplantált társaiknál. Ennek hátterében az utóbbi betegcsoport nagyobb mértékű orvosi és pszichoszociális támogatása állhat.

Yang és mtsai [49] további kutatásukban arra keresték a választ, hogy a posztoperatív otthoni időszakban milyen nehézségek és szükségletek jelentkeznek a szervátültetett betegek körében. Eredményeik szerint a leggyakoribb problémák pszichológiai természetűek voltak, amelyeket a fiziológiai, szociális és egyéb kihívások követtek. A jelentkező szükségletek terén ugyancsak a pszichológiai támogatás igénye dominált, ezt követte az edukáció, az információs tréning, valamint a társas támogatás iránti szükséglet. E tényezők megfelelő kezelése elősegítheti a sikeres önellátást, a szerv elfogadását és végső soron a jobb életminőséget.

Élő donoros transzplantáció – a donorok

A KDIGO [50] szakmai irányelvei szerint a potenciális élő donor pszichoszociális felmérése és gondozása szociális munkás, pszichológus vagy pszichiáter feladata. A felmérésnek ki kell térnie a donációs motivációkra, valamint annak megítélésére, hogy a donor képes-e megküzdenni az esetleges negatív következményekkel. A donort tájékoztatni kell a recipiens számára elérhető kezelési lehetőségekről, a beavatkozás kockázatairól (például graftelégtelenség, a donáció lehetséges szövődésményei, jövedelemkiesés), valamint a számára elérhető támogatási formákról. Ez utóbbi nemcsak pszichés és szociális, hanem anyagi támogatást is jelent: például az

alkalmassági vizsgálatokkal, donációval és utógondozással kapcsolatos költségek (utazás, kieső jövedelem) jogszervi részleges vagy teljes megtérítésének lehetőségét. A folyamatos támogatás és hosszú távú utánpótlás az élő donor számára is elengedhetetlen.

Bár pszichés problémák az élő donoros donáció során ritkán fordulnak elő, a donorok gyakran számolnak be önbecsülésük növekedéséről és a recipienssel való kapcsolat pozitív változásáról. Ugyanakkor már az élő donoros donáció lehetőségének felajánlása is morális terhet jelenthet. Ezért kiemelten fontos a biztonságos döntéshozatali környezet megteremtése a recipiens, a családja és a potenciális donor(ok) számára. Testvérek közötti donáció esetén kiemelt figyelmet érdemelnek a családi elvárások, a nyomásgyakorlás, a kényszerítő tényezők és az altruizmus szerepe is. A recipiensben büntudat alakulhat ki, valamint a donor adósának érezheti magát. A donor pedig jogosultságot érezhet arra, hogy információhoz jusson a recipiens magánéletéről, egészségéről és munkájáról. E nehézségek elkerüléséhez ajánlott lehetőséget biztosítani a szervtranszplantációt megelőzően ezek tisztázására [51].

Ritkán előfordulhat depresszió, szorongás vagy egészséggel kapcsolatos aggodalom, amelyek csökkenthetik a donor mindennapi funkcionálisitását. A felépülés a vártnál hosszabb időt is igénybe vehet, fájdalommal járhat, és hatással lehet a recipienssel való kapcsolatra is [48]. Éppen ezért a recipiens mellett a donor pszichés felkészítése is kulcsfontosságú. Elengedhetetlen, hogy a beavatkozást megelőzően a donor részletes tájékoztatást kapjon a műtét előtti és utáni szakaszról, valamint reális elvárásai legyenek a várható kimenetellel kapcsolatban. Az autonómia és a kontrollérzet erősítését segítheti, ha hangsúly kerül arra, hogy mit tehet saját felépülése érdekében, és miért fontos ez a folyamatban [51].

Továbbá fontos azok számára is lehetővé tenni a pszichés segítség igénybevételét, akiknek a donációs felajánlását a team végül nem fogadta el [50].

Következtetés

A szervtranszplantáció összetett folyamat, mind fizikai, mind pszichológiai szempontból megterhelő a páciensek számára. A szervátültetés különböző szakaszokból áll, eltérő kihívások elé állítva a recipienseket és hozzátartozóikat, éppen ezért fontos a megfelelő szakemberek (beleértve a pszichiátereket, klinikai szakpszichológusokat is) bevonása a gyógyulási folyamatba. Már a transzplantáció előtt fontos a személyek pszichoszociális felmérése. A leggyakrabban előforduló problémák közé tartozik az adherencia, a kockázatos egészségviselkedés, valamint a komorbid pszichiátriai zavarok (például depresszió, szorongás, PTSD). A gyógyszeres kezelési lehetőségek alapos körtekintéssel és olykor csak korlátozottan alkalmazhatók, ezért egyre jobban előtérbe kerülnek a pszichoszociális intervenciók és pszichoterápiás módszerek – például a kognitív viselkedésterápiás „életminőség-

terápia”, vagy a különféle csoportterápiás és edukációs programok.

A szervátültetésen átesett személyekkel végzett terápiás munka során felmerülő témakörök (például testkép és identitás, a transzplantáció előtti és utáni élet [elvárások és valóság] integrálása, a transzplantáció mint „életcél” beteljesülését követő céltalanság érzése, élő donoros transzplantáció, a riadók és azok megghiúsulásának pszichológiai vonatkozásai, a szerv idegenségérzete, szorongás a szervkilökődés miatt stb.) további kutatások, áttekintések témáit képezhetik. A szervátültetés folyamatában részt vevő páciensek pszichés támogatásán túl fontos a pszichológiai segítségnyújtás a hozzátartozók számára is – különösen élő donoros transzplantáció esetében.

Anyagi támogatás: A kutatómunkához és a kézirat megírásához a szerzők nem kaptak anyagi támogatást.

Szerzői munkamegosztás: A szakirodalmi adatok, a folyóiratcikkek összegyűjtéséhez és rendszerezéséhez, majd ezek alapján a kézirat elkészítéséhez mindkét szerző hozzájárult. A közlemény végleges változatát mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnénk köszönetet mondani kollégáinknak, *Juhász Anitának*, hogy hozzájárult a dolgozat megszületéséhez. Továbbá szeretnénk megköszönni az intézmények által nyújtott támogatást a Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikájának és a Klinikai Pszichológia Tanszéknek, valamint vezetőiknek, *prof. dr. Sziájtó Attilának* és *dr. Gonda Xéniának*.

Irodalom

- [1] García-Llana H, Barbero J, Olea T, et al. Incorporation of a psychologist into a nephrology service: criteria and process. [Incorporación de un psicólogo en un servicio de nefrología: criterios y proceso.] *Nefrologia* 2010; 30: 297–303. [Spanish]
- [2] Látos M, Barabás K, Lázár Gy, et al. Psychological factors of successful kidney transplantations. The effects of anxiety and intrapsychic integration of the organ on recovery. [A vesetranszplantáció sikerességének pszichológiai tényezői. A szorongásszint és a szerv intrapszichés integrációjának hatása a gyógyulási folyamatra.] *Orv Hetil.* 2012; 153: 592–597. [Hungarian]
- [3] Rodrigue JR, Mandelbrot DA, Pavlakis M. A psychological intervention to improve quality of life and reduce psychological distress in adults awaiting kidney transplantation. *Nephrol Dial Transplant.* 2011; 26: 709–715.
- [4] Goetzmann L, Wagner-Huber R, Klaghofer R, et al. Waiting for a liver transplant: psychosocial well-being, spirituality, and need for counselling. *Transplant Proc.* 2006; 38: 2931–2936.
- [5] Schulz KH, Kroenke S. Psychosocial challenges before and after organ transplantation. *Transpl Res Risk Manag.* 2015; 7: 45–58.
- [6] Vámos EP. The role of quality of life and certain psychosocial factors in the treatment of patients with chronic renal failure. PhD dissertation. [Az életminőség és egyes pszicho-szociális tényezők szerepe a krónikus veseelégtelen betegek kezelése

- során. Doktori értekezés.] Semmelweis Egyetem, Elméleti Orvostudományok Doktori Iskola, Budapest, 2009. [Hungarian]
- [7] Olbrisch ME, Benedict SM, Ashe K, et al. Psychological assessment and care of organ transplant patients. *J Consult Clin Psychol.* 2002; 70: 771–783.
 - [8] Anil Kumar BN, Mattoo SK. Organ transplant & the psychiatrist: an overview. *Indian J Med Res.* 2015; 141: 408–416.
 - [9] Illés A, Nemes B, Kovács S, et al. Examination of attitudes towards transplantation among patients with chronic renal failure. [A krónikus vesebetegek transzplantációval kapcsolatos attitűdjének vizsgálata.] *Orv Hetil.* 2018; 159: 1898–1904. [Hungarian]
 - [10] Grenard JL, Munjas BA, Adams JL, et al. Depression and medication adherence in the treatment of chronic diseases in the United States: a meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2011; 26: 1175–1182.
 - [11] Illés A. Investigation of transplant attitudes among patients with chronic renal failure. PhD dissertation. [A transzplantációval kapcsolatos attitűd vizsgálata krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek körében. Doktori értekezés.] Debreceni Egyetem, Egészségtudományok Doktori Iskola, Debrecen, 2018. [Hungarian]
 - [12] British Transplantation Society Guidelines. Liver transplantation for patients with non-alcoholic steato-hepatitis 2011. Available from: https://bts.org.uk/wp-content/uploads/2016/09/20_BTS_Liver_Non-alcoholic-1.pdf [accessed: April 26, 2020].
 - [13] Walker JA. Emotional and psychological preoperative preparation in adults. *Br J Nurs.* 2002; 11: 567–575.
 - [14] K Szilágyi A, Diószeghy Cs, Varga K. Psychologists working as members of the intensive care team could reduce the length of stay. [Az intenzív terápiás team tagjaként alkalmazott pszichológus hatása az ápolási időre.] *Orv Hetil.* 2008; 149: 2329–2333. [Hungarian]
 - [15] Barthelmes L, Gateley CA. Psychological care of the surgical patient. *Foundation Years* 2007; 3: 4–6.
 - [16] Baker RJ, Mark PB, Patel RK, et al. Renal association clinical practice guidelines in post-operative care in the kidney transplant recipient. *BMC Nephrol.* 2017; 18: 174.
 - [17] Vincze Á, Perczel-Forintos D. Cognitive behavioral therapy interventions in chronic somatic illnesses. In: Perczel-Forintos D, Mórotz K. (eds.) *Cognitive behavioral therapy. [Kognitív viselkedésterápiás intervenciók krónikus testi betegségekből.]* Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2009; pp. 299–324. [Hungarian]
 - [18] Szeifert L, Adorjáni G, Zalai D, et al. Mood disorders in patients with chronic kidney disease. Significance, etiology and prevalence of depression. [Hangulatavarok krónikus vesebetegek körében: A depresszió jelentősége, etiológiája és prevalenciája.] *Orv Hetil.* 2009; 150: 589–596. [Hungarian]
 - [19] Britton P, Cullum N, Sutton M. Association between psychological health and wound complications after surgery. *Br J Surg.* 2017; 104: 769–776.
 - [20] National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management (NICE guideline QS8). NICE, London, 28 October, 2009. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91/resources/depression-in-adults-with-a-chronic-physical-health-problem-recognition-and-management-pdf-975744316357> [accessed: February 21, 2020].
 - [21] Farrand PA, Williams C. Low intensity CBT assessment: in person or by phone. In: Bennett-Levy J, et al. (eds.) *Oxford guides in cognitive behavioural therapy. Oxford guide to low intensity CBT interventions.* Oxford University Press, New York, NY, 2010; pp. 89–96.
 - [22] Juhász A, Mezei J. Low-intensity assessment. In: Perczel-Forintos D, Zinner-Gérecz Á, Antal-Uram D. (eds.) *Low-intensity psychological interventions. [Alacsony intenzitású kivizsgálás.]* In: Perczel-Forintos D, Zinner-Gérecz Á, Antal-Uram D. (szerk.) *Az alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók.* Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2023; pp. 103–113. [Hungarian]
 - [23] National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder (NICE guideline QS53). NICE, London, 5 December 2018. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861> [accessed: April 15, 2020].
 - [24] British Transplantation Society Guidelines. Management of the failing kidney transplant 2014. Available from: https://bts.org.uk/wp-content/uploads/2016/09/13_BTS_Failing_Graft-1.pdf [accessed: April 5, 2020].
 - [25] Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Transplant Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients. *Am J Transplant.* 2009; 9(Suppl 3): S1–S155.
 - [26] Bailey P, Vergis N, Allison M, et al. Psychosocial evaluation of candidates for solid organ transplantation. *Transplantation* 2021; 105: e292–e302.
 - [27] Maldonado JR, Dubois HC, David EE, et al. The Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplantation (SIPAT): a new tool for the psychosocial evaluation of pre-transplant candidates. *Psychosomatics* 2012; 53: 123–132.
 - [28] Olbrisch ME, Levenson JL, Hamer R. The PACT: A rating scale for the study of clinical decision – making in psychosocial screening of organ transplant candidates. *Clin Transplant.* 1989; 3: 164–169.
 - [29] Twillman RK, Manetto C, Wellisch DK, et al. The transplant evaluation rating scale. A revision of the psychosocial levels system for evaluating organ transplant candidates. *Psychosomatics* 1993; 34: 144–153.
 - [30] Udvardi A. The role of efficient communication in health care: The problem of adherence and possible solutions. [A hatékony kommunikáció szerepe az egészségügyi ellátásban – az adherencia problémája és megoldási lehetőségei.] *Magyar Nyelvőr* 2017; 141: 75–91. [Hungarian]
 - [31] European Renal Best Practice (ERBP) professional guideline on the assessment of kidney transplant donors and recipients and the standards for perioperative care [„European Renal Best Practice” Szakmai Irányelv a vesetranszplantáció donorának és recipiensének vizsgálatáról, valamint a perioperatív ellátás szabályairól.] Available from: https://www.doki.net/tarsasag/nephrologia/upload/nephrologia/document/Boeckje_niertransplantatie_hungarian_OKDRUK.pdf?web_id= [accessed: February 28, 2020]. [Hungarian]
 - [32] Czeglédi E. Lifestyle change? No excuse! Weight control support in everyday praxis. [Életmódváltás? Nincs kifogás! A testsúlykontroll támogatása a mindennapi gyakorlatban.] *Orv Hetil.* 2024; 165: 727–733. [Hungarian]
 - [33] De Pasquale C, Veroux M, Indelicato L, et al. Psychopathological aspects of kidney transplantation: efficacy of a multidisciplinary team. *World J Transplant.* 2014; 4: 267–275.
 - [34] Dew MA, Rosenberger EM, Myaskovsky L, et al. Depression and anxiety as risk factors for morbidity and mortality after organ transplantation: a systematic review and meta-analysis. *Transplantation* 2015; 100: 988–1003.
 - [35] Biyyala D, Joseph R, Varadharajan N, et al. Incidence and prevalence of depressive, anxiety, and insomnia symptoms among adult liver transplant recipients: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2023; 80: 26–34.
 - [36] De Pasquale C, Pistorio ML, Veroux M, et al. Psychological and psychopathological aspects of kidney transplantation: a systematic review. *Front Psychiatry* 2020; 11: 106.
 - [37] Davydow DS, Lease ED, Reyes JD. Post-traumatic stress disorder in organ transplant recipients: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2015; 37: 387–398.

- [38] Nash RP, Loisele MM, Stahl JL, et al. Post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth following kidney transplantation. *Kidney* 2022; 3: 1590–1598.
- [39] National Institute for Health and Care Excellence. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence (NICE guideline QS11). NICE, London, 23 February 2011. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/resources/alcohol-use-disorders-diagnosis-assessment-and-management-of-harmful-drinking-high-risk-drinking-and-alcohol-dependence-pdf-35109391116229> [accessed: March 4, 2020].
- [40] World Health Organization. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. WHO, Geneva, 2010. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44395/9789241599931_eng.pdf;jsessionid=45DDC91E658EE41E54489E62C2F61171?sequence=1 [accessed: May 2, 2020].
- [41] National Institute for Health and Care Excellence. Alcohol-use disorders: diagnosis and management of physical complications (NICE guideline QS11). NICE, London, 2 June 2010. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100/resources/alcohol-use-disorders-diagnosis-and-management-of-physical-complications-pdf-35109322251973> [accessed: March 4, 2020].
- [42] Pár A, Pár G. Alcoholic liver disease – 2023. [Alkoholos májbetegség – 2023.] *Orv Hetil.* 2023; 164: 1846–1864. [Hungarian]
- [43] Assabiny A, Otohal J, Ocsosvsky Zs, et al. Peer mentor programs in adult heart population. [Felnőtt szívtranszplantált betegeket célzó sorstársi mentorprogramok.] *Orv Hetil.* 2024; 165: 379–384. [Hungarian]
- [44] Sambucini D, Ciacchella C, Pellicano GR, et al. Psychosocial treatment on psychological symptoms, adherence, and physiological function on transplanted patients: a systematic review and metanalysis. *J Psychosom Res.* 2022; 154: 110717.
- [45] Low JK, Williams A, Manias E, et al. Interventions to improve medication adherence in adult kidney transplant recipients: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant.* 2025; 30: 752–761.
- [46] Zhu Y, Zhou Y, Zhang L, et al. Efficacy of interventions for adherence to the immunosuppressive therapy in kidney transplant recipients: a meta-analysis and systematic review. *J Investig Med.* 2017; 65: 1049–1056.
- [47] Yang LS, Shan LL, Saxena A, et al. Liver transplantation: a systematic review of long-term quality of life. *Liver Int.* 2014; 34: 1298–1313.
- [48] Tarabeih M, Bokek-Cohen Y, Azuri P. Health-related quality of life of transplant recipients: a comparison between lung, kidney, heart, and liver recipients. *Qual Life Res.* 2020; 29: 1631–1639.
- [49] Yang FC, Chen HM, Huang CM, et al. The difficulties and needs of organ transplant recipients during postoperative care at home: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 5798.
- [50] Lentine KL, Kasiske BL, Levey AS, et al. KDIGO clinical practice guideline on the evaluation and care of living kidney donors. *Transplantation* 2017; 101(Suppl 1): S1–S109.
- [51] British Transplantation Society. Guidelines for living donor kidney transplantation 2018. Available from: https://bts.org.uk/wp-content/uploads/2018/07/FINAL_LDKT-guidelines_June-2018.pdf [accessed: April 19, 2020].

(Mezei Judit,
Budapest, Üllői út 78., 1082
e-mail: mezei.judit@semmelweis.hu)

„Ubi libertas cecidit, audet libere nemo loqui.”
(Ha a szabadságot lábbal tiporják, senki sem mer szabadon szólani.)