

ПСИХИЧНА ТРАВМА И ВИНА ПРИ СЕМЕЙСТВА НА ТРУПНИ ДОНОРИ НА ОРГАНИ ЗА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ

**Калоян Павлов Куков,
Харалампи Йорданов Пешев**

Медицински университет – София
Военно-медицинска академия – София

Резюме: Решението за даряване на органи от човек в мозъчна смърт изправя неговите близки пред преживяването на дилеми, за които никога не може да се получи отговор. Това решение излага семейните членове на сериозен психотравматичен риск, в който доминира продължително време чувството за вина. Травматизмът протича на фона на психичен траур като спонтанен и закономерен отговор на загубата, дезорганизацията и безнадеждността.

Цел на настоящия материал е да представи част от психотравматичните аспекти по повод решението и отговорността на семейства на трупни донори, дали съгласието си органите на техния близък в състояние на мозъчна смърт, да бъдат използвани за спасяването на друг човешки живот. Изследването се отнася до четири случая на семейства на трупни донори, с които е провеждано психологично консултиране в етапите преди и след даване на съгласие за даряване на орган. Резултатите показват, че загубата на близък предизвиква усещане за липса на смисъл и мотивация у изследваните лица. Проявява се с

вътрешната картина на интензивно психично страдание, в което са водещи самообвиненията, несигурността, амбивалентността и разочарованията. Тези преживявания са предпоставка за декомпенсации в личностното функциониране на пациентите.

Ключови думи: трансплантация, трупно донорство, психологично консултиране

MENTAL TRAUMA AND GUILT IN FAMILIES OF CADAVERIC DONORS OF TRANSPLANTATION ORGANS

**Kaloyan Pavlov Kukov
Haralampi Yordanov Peshev**

Medical university - Sofia

Military medical academy – Sofia

Abstract: The decision to donate organs from a brain death person confronts their loved ones with dilemmas that have no adequate response. This decision exposes family members to a serious psychotraumatic risk, which is dominated by guilt for a long period of time. Trauma occurs at the background of mental mourning as a spontaneous and natural response to loss, disorganization and hopelessness.

The purpose of this paper is to present some of the psychotraumatic aspects following the decision and responsibility of the families of cadaveric donors, who donated the organs of their brain death loved one to save another human life. The study refers to four cases of families of cadaveric donors, with whom psychological counseling was conducted in the stages before and after giving consent for organ donation. The results show that the loss of a loved one causes a feeling of lack of meaning and motivation in the examined people. This is manifested by intense mental suffering where self-blame, insecurity, ambivalence and disappointments are leading. These experiences are a prerequisite for decompensation in the personal functioning of patients.

***Key words:** transplantation, cadaver donation, psychological counseling*

ВЪВЕДЕНИЕ

За реализирането на една трансплантация основен е въпросът за донорството на органи, като в различните държави съществуват и различни правни регламентации за даряване. Налице са също редица медицински изисквания, които имат продължителна история в световен мащаб. Особено дискутиран в исторически план е бил въпросът за възможността за даряване на органи от гледна точка на ясното професионално дефиниране на смъртта. През 1968г. учени от Харвард предлагат и аргументират един неврологичен критерий като детерминиращ фактор на умирането на организма – прекратяването на мозъчната активност. Преди това в медицината определящо в тази насока е прекратяването на сърдечната и на белодробната активност. Установен е

медицинският критерий „мозъчна смърт“ за установяване на края на човешкия живот. Този критерий е възприет в световната клинична практика и по-късно добива законов статут. Оригиналните параметри на Харвард относно границите на понятието включват следните елементи: липсата на отговор на всяко дразнение, липса на дишане или движение при отстраняването на газовата маска, липса на рефлексии и права електроенцефалографска линия. Критерият е въведен с цел категорично и безусловно да се установи момента, когато цялата мозъчна дейност е приключила и съответно може да се приеме дефиницията „цялостна мозъчна смърт“. При загуба на висшата мозъчна активност и загуба на съзнание, когато пациентът все още притежава функции на гръбначния мозък със спонтанно дишане и отваряне на очите, не се приема за състояние на смърт. В такива случаи не може да се постави същата диагноза. В този медицински смисъл смъртта се определя като пълна и необратима загуба на функциите на сърцето, дробовете и мозъка (Крумова-Пешева, 2017).

От психологична гледна точка фактът на трансплантацията се интегрира доста сложно в личната история на реципиента. Той се отразява изключително интензивно и върху афективния свят на семейството на трупния донор (Крумова-Пешева, 2011). Решението за даряване на органи от човек в мозъчна смърт изправя неговите близки пред преживяването на дилеми, за които никога не може да се получи отговор. Това решение излага семейните членове на сериозен психотравматичен риск, в който доминира продължително време чувството за вина. Травматизмът протича на фона на психичен траур като спонтанен и закономерен отговор на загубата, дезорганизацията и безнадеждността.

ЦЕЛ

Целта на настоящия материал е да представи част от психотравматичните аспекти на отговорността на семейства на трупни донори, дали съгласието си органите на техния близък в мозъчна смърт, да бъдат използвани за спасяването на живота на друг, непознат човек. В българския опит до момента не е разработена единна система за психологична и медицинска грижа по отношение на тези семейства. Липсва модел на добра професионална практика, която да бъде предоставена в периодите преди и след взимане на решението за донорство.

ИЗСЛЕДВАНИ ЛИЦА И МЕТОДИ

Изследването се отнася до четири случая на семейства на трупни донори, с които е провеждано психологично консултиране в етапите преди и след даване на съгласие за даряване на орган. Консултативната работа е реализирана със заявката и желанието на всички семейни членове, без изключение. Тя е съпровождаща, паралелно с всички други основни процедури – медицински, етични и юридически, необходими и задължителни с оглед осъществяването на донорския акт. Консултирането включва в началните срещи параметрите на антикризисни интервенции. Пациентите са проследявани в рамките на три месеца след загубата и решението.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

В световен мащаб политиката за добиване на органи за донорство от трупен донор включва процедури по вземане на съгласие по два модела на регламентирано донорство: според системата на договореното или приживе

декларирано съгласие – opt in, както и според системата на презумирано съгласие – opt-out. В България съществуващото законодателство се основава на втората алтернатива (Крумова-Пешева, 2011). Тъй като възможностите за трупно донорство са ограничени, за увеличаване броя на донорските органи чрез взимане на съгласие се предлагат различни варианти като: отпадане на изискването за съгласие – т.нар. подход на събиране на органи, задължително изискване за позволение за даряване от страна на болничните заведения, политика за набавяне на органи, при която се спазват желанията на индивидите, независимо от мнението на роднините, донорство срещу възнаграждение на семейството на починалия, пазарен подход със сключване на договори срещу заплащане приживе за използване на органите след смъртта.

Трансплантацията е медицинска процедура, която е насочена към продължаване на човешкия живот. В същото време тя е психотравматично събитие в личната история на всеки пациент. „Психична готовност за донорство“ е теоретичен конструкт, специално създаден за целите на клиничната практика с потенциални донори на органи за трансплантация (Крумова-Пешева, 2017). Той се отнася до нагласата спрямо даряването и трансплантационната процедура, мотивацията за донорство в нейните различни аспекти, интегритетът на решението, механизмът и процеса на взимане на решение, разнородните фактори, влияещи върху решението и др. Готовността е многокомпонентно понятие и винаги трябва да бъде разглеждано от позициите на неговата динамична природа. В процеса на психологично консултиране с пациентите в много случаи прави впечатление, че процесът на взимане на решение носи редица амбивалентни, рационални и емоционални

характеристики (Крумова-Пешева, 2011). При нашите случаи не е било възможно тя да бъде налице, тъй като семейните членове са в критична ситуация, при дефицит от време, с внезапност на обстоятелствата. Те са в позиция, при която преобладават шокът, свръхтревогата и в някои случаи – безобектният ужас и паниката.

В практиката със семействата се наблюдава огромното чувство за съзнателна и несъзнавана вина, съчетано с интензивен вътрешен стремеж към репарация и поправка на причинено във въображението „зло“. Открояват се процеси на идеализация на изгубения обект. Идеализирането е резултат от тенденцията за преодоляване на тежката загуба, но също и от несъзнавани нарцистични цели – необходимост да се докаже, че съществуването има специален смисъл. Донорският акт се свързва с редица рационализации, които имат за цел да успокоят и да утешат семейните членове. В същото време „скритият“ и недемонстриран вътрешен диалог често е много по-значим от заявените вербални изявления.

Психичната готовност за донорство на семейните членове се основава на редица фактори, които наблюдаваме в тяхното развитие, а не статично (Kahn, 1999). В рамките на консултативния процес могат да бъдат установени понижената степен на реалистичност и критичност относно цялостната трансплантационна процедура и донорството, равнището на приемане/неприемане на факта на мозъчната смърт и начините за търсене или избягване на информации.

Взимането на решение за донорство на орган от свой близък е едно от най-трудните преживявания в живота от различен род гледни точки:

емоционална, екзистенциална, морална, религиозна и др. Това решение предполага поемане на сериозна отговорност с не съвсем ясни измерения – семейните членове на човека в мозъчна смърт имат възможност само да предполагат неговия избор да дари органите си, но не и да бъдат категорични за него. В нашия опит пациентите са изправени пред събития със сериозен политравматичен характер. От една страна те се намират в тежката ситуация на психологичен траур. От друга са подложени на момент, в който е необходимо да решават вместо някой друг.

Травмата често се разглежда като психичен феномен, свързан с нещастие. Характерното за нея е липсата на механизми за психично преработване и справяне. Свързана е с внезапността, уплахата, паниката, безпредставността и ужаса (Крумова-Пешева, 2015). В индивидуален аспект най-застрашаващото е нейната повтаряемост в психиката. В повечето случаи травматичността корелира директно с тревожността и с депресивния отговор. Най-изразена е връзката ѝ със загубата и траура. Активизира страха от загуба на обекта. Провокира неадекватен афективен обмен и често – търсенето на зависимост. Кореспондира директно със сепарацията като сериозна заплаха за психичния апарат, водеща до усещането за дълбока безпомощност. Потиска всички линии у индивида, свързани с удоволствието от живота (Крумова-Пешева, 2010).

В психоаналитичен смисъл загубата на добрия обект във вътрешния свят води до чувства на изоставеност, отхвърленост, обърканост и дезорганизация. Желанията на човека губят своята стойност. Идентификацията с изгубения обект в траура провокира преживяванията за пустота и празнота на Аза.

Водещо е чувството на отчаяние и усещането за вина и за неизпълнени обещания. Загубата на близък предизвиква загуба на смисъл и мотивация. Проявява се с вътрешната картина на интензивно психично страдание. Възникват разочарования, които са предпоставка за разриви във функционирането. Травматичното и депресивното страдание носят натраплив характер. Те имат способността да се повтарят в продължителни периоди от време.

Психичният апарат притежава способността да се стреми към възстановяване на нарушеното равновесие. В ситуацията на нашите случаи този стремеж се изразява в решението за донорство, което се явява своеобразна форма на репаративна тенденция. Във фантазията това е идеята за продължаване на живота, макар и в друга разновидност на съществуването (Кримова-Пешева, 2012). Тук наблюдаваме израз на магическо мислене, което подчертава факта на регресия в ситуацията на сериозен травматизъм. Забелязва се надценяване силата на мисълта, на съпротивата пред приемане на една внезапна и ужасяваща реалност.

При процесите на траур се потвърждава повишената потребност от вербализация при стремежа за неговата психична преработка (Furman, 1978). При семейните членове на трупния донор депресивният отговор е под формата на патологична реакция от загубата на обекта по логиката на ранното амбивалентно обектно отношение (Кримова-Пешева, 2012). В тази логика травматизмът от загубата създава прекомерно и интензивно чувство на вина. Субектът изпада в зависимост от моралните измерения, произтичащи от идеята за изгубения обект. Депресивните чувства стават неразривно свързани с

психичния травматизъм. Личностният капацитет за психичен траур и психична преработка става изключително редуциран. Скърбенето (mourning) създава чувство на безнадеждност и в единия от случаите – временно усещане за деперсонализация (Freud, 1955). Провокира се потребността от интензивна помощ и подкрепа у пациентите като опит за възстановяване от загубата.

При двама от семейните членове наблюдаваме реакции на патологичен траур. Съзнанието отказва да приеме части от реално случващото се. В несъзнаваното заплахата е още по-преувеличена. Получава се сплитинг на части от обективната реалност. Реакциите са несъответни и изглеждат странни. Пациентите се държат по нехарактерен за тях самите и за ситуацията начин. Травмата „разкъсва“ защитния щит на психичния апарат. Характеризира се с огромно количество възбуди, които психиката не може да понесе и преработи. Траурът е вид „буферна“ зона, необходима за справяне и стабилизиране на пациента. Нужно е той да премине през него, за да се справи и съхрани.

Психичният траур е опит да се отрече загубата. В някои случаи той е свързан с невъзможността да се понесе конкретно тежко травматично събитие. Под него стои сериозен и интензивен депресивитет. При един от случаите ни този депресивитет е свързан с интензивни суицидни тенденции. Тук водещи са също различен род самообвинителни тенденции, които през продължителни периоди от време са доминантни за съзнанието (Крумова-Пешева, 2013).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Смятаме за необходимо да разглеждаме донорството и присаждането на органи, тъкани и клетки не изолирано, а в тяхното био-психо-социалното единство. Решението за предоставяне на органи за присаждане от трупен донор от страна на неговото семейство предполага редица смущения във всички измерения на функционирането, както и риск от психични и физически декомпенсации. Самото даряване е една от най-деликатните и сложни за разбиране и интерпретиране психологични теми. То притежава динамична и многопластова природа. Провокира голям брой въпроси и се явява сериозно предизвикателство за клинично-психологичната практика.

В заключение може да се каже, че психологичният конструкт „психична готовност за донорство“ е изцяло нов елемент в разбирането и интерпретирането на дълбоката и сложна същност на даряването в името на друг човек с цел продължаване на неговия живот. Готовността никога не може да се изрази в категоричност на решението (Крумова-Пешева, 2014). Тя е динамичен процес с разнородни съзнателни и несъзнавани компоненти, с дълбоко противоречива и травматична природа. Крие голям брой рискове за семейството на трупния донор. Грижата за всички тези семейства в България към момента е изцяло недостатъчна. Нужно е изграждането на цялостна система от психологични интервенции, позволяващи и подпомагащи: справянето със загубата на близкия човек, справянето с процесите на взимане на решението за донорство, преодоляването на последиците от това решение, в което често основният елемент е чувството за вина.

Психологичната и психотерапевтична работа е необходимо и важно условие за стабилизирането на близките след тяхната загуба и след решението им за донорски акт. Консултирането и психотерапията могат в значителна степен да помогнат на семейните членове да преработят травматичните аспекти, „реминисценциите“ от загубата и процесите на психичен траур,

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов. Кр. (2012). Психофизиологични основи на посттравматичното стресово разстройство. Електронен журнал на Варненски свободен университет.
2. Крумова-Пешева Р. (2011). *Психотерапия и трансплантация*. София. Унискорп.
3. Крумова-Пешева Р. (2011). *Изследвания по трансплантационна психология*. Издателство на Техническия университет. София.
4. Крумова-Пешева Р. (2011). *За някои психологични аспекти на донорството на органи*. Издателство на Техническия университет. София.
5. Крумова-Пешева Р. (2017). *Донорството на органи – желание, решение и готовност*. Интервю Прес.
6. Крумова-Пешева Р., Михайлова В., (2015) Донорските ситуации като критичен инцидент. *Психологични изследвания*, Академично издателство „Проф. Марин Дринов“. Volume 16, Number 2, Книжка 2-2014, 273-277.
7. Крумова-Пешева, Р., Спасов, Л. (2010). Наблюдения върху мотивацията за донорство на органи – психологически аспекти. *Клинична и консултативна психология*. 3(5), 44-47.

8. Крумова-Пешева Р., Спасов Л., Михайлова В. (2012) Донорство и идентификации. *Сборник „Приложна психология и социална практика“ – Единадесета международна научна конференция.* 688-694.
9. Крумова-Пешева Р., Спасов Л., Михайлова В. (2012) Особенности на връзката при реципиенти с един и същ донор на органи за трансплантация. *Сборник по клинична и консултативна психология.* 63-68.
10. Крумова-Пешева Р., Спасов Л., Михайлова В. (2013). Психодинамика на отношенията „донор-реципиент“ при случаи на трансплантация на орган. *Сборник „Приложна психология и социална практика“, Университетско издателство – ВСУ „Черноризец Храбър“, XII Международна научна конференция.* 785-792.
11. Крумова-Пешева Р., (2014). Трансплантацията на органи – ефективен пример за интердисциплинарен подход. *Сборник научни доклади „Психология в медицината“.* 51-55.
12. Петкова. П. Иванов. Кр. (2016). Психологично консултиране-практическо ръководство.
13. Freud S. (1955). Mourning and melancholia. *Hogarth Press* (18).
14. Furman R. A. (1978). Some developmental aspects of the verbalization of affects, *The Psychoanalytic Study of The Child. American Psychological Association*(33), 187-121.
15. Kahn J.P. (1999). Organ Donation URL.
<http://www.cnn.com/HEALTH/bioetics/9905/organ.donate/template.htm>