

**PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM**  
**BÖLCSESZETTUDOMÁNYI KAR**  
**Pszichológia Doktori Iskola**  
**Elméleti Pszichoanalízis Program**



**A testkép szerepe és a transzplantált szerv pszichológiai integrációjának  
jelentősége a veseátültetés sikerességében**

**Doktori (PhD) értekezés**

**Látos Melinda**

**Témavezető: Prof. Dr. Csabai Márta**

**Konzulens: Prof. Dr. Lázár György**

**Pécs, 2015**

# Tartalomjegyzék

<b>ÖSSZEFOGLALÓ</b> .....	<b>4</b>
<b>ELŐSZÓ</b> .....	<b>6</b>
<b>ELMÉLETI BEVEZETŐ</b> .....	<b>9</b>
1. A TRANSZPLANTÁCIÓ KIHÍVÁSAI AZ ORVOSTUDOMÁNY ÉS A PSZICHOLÓGIA SZÁMÁRA .....	9
2. A SZERVÁTÜLTETÉS UTÁN JELENTKEZŐ PSZICHÉS PROBLÉMÁK .....	11
2.1. <i>Testkép változások szervátültetés után</i> .....	14
2.2. <i>A tudattalan testkép és a „testi én”</i> .....	17
2.3. <i>Az érzett és a látott test - A testkép alapjai a korai tapasztalatokban</i> .....	18
2.4. <i>Cserélhető testrészek: az embergép metafora</i> .....	20
2.5. <i>A testi integritás érzése</i> .....	22
3. A „SAJÁT” ÉS AZ „DEGEN” FESZÜLTSEGE .....	24
3.1. <i>A szerv pszichés integrációjának folyamata</i> .....	25
3.2. <i>Terápiás célok és lehetőségek: a koherens szelf létrejötte</i> .....	27
4. PROJEKTÍV RAJZTESZTEK A TESTKÉP, A PSZICHÉS KONFLIKTUSOK ÉS A BETEGSÉGPÉRCEPCIÓ VIZSGÁLATÁHOZ .....	33
4.1. <i>A projektív rajztesztek előnyei</i> .....	33
4.2. <i>A rajzvizsgálat jelentéstana</i> .....	38
<b>EMPIRIKUS VIZSGÁLATOK</b> .....	<b>42</b>
1. LONGITUDINÁLIS VIZSGÁLAT: A POSZTTRAUMATIKUS NÖVEKEDÉS ÉS A TESTKÉP KOMPLEXITÁSÁNAK JELENTŐSÉGE A SZERVÁTÜLTETÉS SIKERESSÉGÉBEN .....	44
1.1. <i>Módszer</i> .....	45
Résztevők és a vizsgálat körülményei.....	45
Pszichológiai mérőeszközök.....	46
Orvosi adatok .....	48
Statisztikai elemzés .....	49
1.2. <i>Eredmények</i> .....	49
Szociodemográfiai adatok.....	49
Depresszió és szorongás szervátültetés után .....	49
A projektív rajztesztek, az érzelmi állapot és a transzplantált szerv működésének összefüggései .....	50
Testképbábrázolás és a vese rajza, mint a transzplantáció sikerének előrejelzői .....	55
1.3. <i>Az 1. vizsgálat összegzése</i> .....	58
2. KERESZTMETSZETI VIZSGÁLAT: A PSZICHOLÓGIAI REJEKCIÓ ÉS A DONORRAL KAPCSOLATOS ÉRZÉSEK VIZSGÁLATA TRANSZPLANTÁLT PÁCIENSEK KÖRÉBEN .....	61
2.1. <i>Módszer</i> .....	61
Résztevők és a vizsgálat körülményei.....	61
Pszichológiai mérőeszközök.....	62
Orvosi adatok .....	63
Statisztikai eljárások .....	63
2.2. <i>Eredmények</i> .....	63
Szociodemográfiai adatok.....	63
A megbízhatóság vizsgálata.....	65
Szociodemográfiai változókkal való kapcsolat .....	66
Faktorelemzés .....	67
Validitásvizsgálat .....	68
Vesefunkciós értékek és a pszichológiai változók .....	69
2.3. <i>A 2. vizsgálat összegzése</i> .....	71

3. LONGITUDINÁLIS VIZSGÁLAT: A VESETRANSZPLANTÁCIÓS VÁRÓLISTÁN LÉVŐ PÁCIENSEK PSZICHÉS ÁLLAPOTÁNAK FELMÉRÉSE ÉS HOSSZÚ TÁVÚ NYOMON KÖVETÉSE .....	72
3.1. <i>Módszer</i> .....	72
Résztevők és a vizsgálat körülményei .....	72
Pszichológiai mérőeszközök .....	73
Orvosi adatok .....	74
Statisztikai eljárások .....	75
3.2. <i>Eredmények</i> .....	75
Szociodemográfiai adatok .....	75
Depresszió és szorongás dializált páciensek körében .....	75
Poszttraumatikus növekedés mértéke .....	76
A hangulati állapot és a projektív rajzteszt .....	76
3.3. <i>A 3. vizsgálat összegzése</i> .....	80
<b>DISZKUSSZIÓ</b> .....	<b>82</b>
<b>KONKLÚZIÓ</b> .....	<b>87</b>
<b>FELHASZNÁLT IRODALOM</b> .....	<b>90</b>
<b>A DOLGOZAT TÉMÁJÁBAN MEGJELENT PUBLIKÁCIÓK</b> .....	<b>108</b>
<b>KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS</b> .....	<b>113</b>
<b>GYAKRAN HASZNÁLT RÖVIDÍTÉSEK ÉS IDEGEN SZAVAK LISTÁJA</b> .....	<b>114</b>
<b>MELLÉKLETEK</b> .....	<b>115</b>
1. MELLÉKLET: HÁRDI-FÉLE SZEMÉLYISÉGSZINTEK .....	116
2. MELLÉKLET: TESTKÉP-DIFFERENCIÁLTSÁGI SKÁLA .....	118
3. MELLÉKLET: PRISM NONVERBÁLIS TESZT .....	122
4. MELLÉKLET: BECK DEPRESSZIÓ KÉRDŐÍV .....	126
5. MELLÉKLET: SPIELBERGER-FÉLE ÁLLAPOT ÉS VONÁSSZORONGÁS KÉRDŐÍV .....	128
6. MELLÉKLET: POSZTTRAUMATIKUS NÖVEKEDÉSÉRZÉS KÉRDŐÍV .....	130
7. MELLÉKLET: TRANSZPLANTÁLT SZERV KÉRDŐÍV .....	131
8. MELLÉKLET: SZOCIODEMOGRÁFIAI ADATOK .....	133

## Összefoglaló

Az utóbbi évek interdiszciplináris kutatásai felhívják a figyelmet, hogy a szervátültetés következtében megváltozhat a test szubjektíven észlelt egysége, sérülhet a testkép integritása, komplexitása (Calia és mtsai, 2011; De Pasquale és mtsai, 2010; Nesci, Favale, Foco, Castagneto és Nanni, 2001). Kutatásunkban elsődleges célként tűztük ki a transzplantáció utáni testkép jellegzetességeinek feltérképezését és azok hatását az új szerv optimális, hosszú távú működésére.

Három vizsgálatot végeztünk, melyben a módszerfejlesztés és intervenció-tervezés nagy hangsúlyt kapott. Összesen 231 cadaver vesetranszplantáción átesett páciens került a mintába, közülük 50 fő felépülését három évig követtük nyomon, negyedévente rögzítve a vesefunkciós értékeket és a kilökődési epizódokat. Az általunk kidolgozott tesztbatteriaiban a Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorongás Kérdőívet, a Beck Depresszió Skálát, a Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőívet, az általunk validált Transzplantált Szerv Kérdőívet, illetve két saját tervezésű projektív rajztesztet (saját alak és vese rajz, PRISM-D nonverbális rajzteszt) alkalmaztunk.

Eredményeink szerint magasabb testkép-differenciáltsági értéket és több pozitív attitűdöt mutattak a donorral kapcsolatban azok a páciensek, akiknél nem mutatkozott kilökődési epizód a transzplantáció követő három évben. Igazolást nyert, hogy az idegen szervvel kapcsolatos érzések és gondolatok kapcsolatban állnak a transzplantált szerv optimális működésével. Kiemelkedő kutatási eredményünk, hogy logisztikus regressziós modellben a testkép komplexitása, a poszttraumatikus növekedés és a transzplantáció után, a hazaengedés előtt mért szérum kreatinin érték prediktív a beültetett vese hosszú távú működésében.

Az általunk kifejlesztett kvalitatív-kvantitatív eljárás alkalmazásával vizsgálatunkban empirikus bizonyítékot nyert, hogy a testkép integritásának sérülése és az idegen szerv pszichés integrációjának nehézsége a pszichológiai és fizikális jóllétre is negatív hatással bír a vesetranszplantált páciensek körében. Nemzetközileg is jelentős, hogy kutatási eredményeink szerint a pszichológiai tényezők longitudinálisan is negatív hatással lehetnek a páciens egészségi állapotára, így hozzájárulhatnak a beültetett szerv későbbi kilökődéséhez, ami egyrészt a vizsgálatukban alkalmazott egyszerű pszichodiagnosztikai eljárás hasznosságára, másrészt a prevenció és az intervenció fontosságára hívja fel a figyelmet. Ezért egy komplex intervenció – és szűrőprogramot terveztünk, mely során a vesetranszplantációs várólistán lévő

páciensek pszichés státuszát mérjük fel, majd nyomon követjük felépülésüket és pszichés állapotukat a transzplantációt követően is. Célunk, hogy a rizikószemélyeknél alkalmazott pszichológiai intervenció segítségével a transzplantáción átesett páciensek minél teljesebb gyógyulását segítsük elő. A várólistán lévő betegek pszichológiai vizsgálatával reményeink szerint előre jelezhető lesz, hogy a páciens személyisége képes-e tolerálni a transzplantációt kísérő komplex tapasztalatot, vagy ez az élmény megbontja a személyiség integritását, ezzel veszélyeztetve magának az idegen szervnek a befogadását is.

## Előszó

Az orvostudomány és a technológia robbanásszerű fejlődése mellett ma már a szervátültetés mindennapos eseménynek számít. Az orvosi sikerek ellenére azonban számos akadályba ütközünk a transzplantáció területén (Consoli, 2012, De Pasquale és mtsai, 2010, Quintin, 2012). Pszichológusként 5 éve dolgozom szervátültetésen átesett, krónikus veseelégtelenségben szenvedő páciensekkel. Ha meghallgatjuk egy transzplantáción átesett ember beszámolóját, aki átélte az egyik szervének a leállítását, majd az újjászületést egy idegen szerv által, arra a következtetésre jutunk, hogy ez a személy egy sor olyan tapasztalatot él meg, melyek a korábbiakhoz nem hasonlíthatóak. Az agyhalott személyből történő szervátültetés esetén a befogadónak meg kell küzdenie a túlélők büntudatával, hogy az ő életéért egy másik embernek meg kellett halnia, és fel kell dolgoznia, hogy a testében egy halott ember szerve működik (Quintin, 2012). Ezek az élmények felforgathatják a páciens és a környezete korábbi elgondolását a test és a lélek kapcsolatáról, az élet értelméről, az identitásról és a test ontológiai státuszáról. Emiatt az utóbbi időszak kutatásai egyre nagyobb figyelmet fordítanak a transzplantált páciensek pszichés állapotának és a szervátültetés következtében létrejövő testkép-zavaroknak a feltérképezésére (Calia és mtsai, 2011a; De Pasquale és mtsai, 2010; Ilić és Avramović, 2002; Látos és mtsai, 2012a; Látos, 2013; Pérez-San-Gregorio, Martín-Rodríguez, Galán-Rodríguez és Borda-Más, 2009).

Klinikai munkám során megtapasztaltam, hogy a pszichológiai tényezők nagymértékben meghatározzák a páciens felépülését és a transzplantált szerv működését. Kutatási érdeklődésem így a vese transzplantáció és a pszichológiai faktorok kapcsolatára irányult, célom pedig a szervátültetés pszichés hátterének koherens megértése. A téma vizsgálata során nem hagyhatjuk figyelmen kívül a mai társadalomtudományi diskurzus talán egyik legizgalmasabb kérdéskörét sem, mely a test belső és külső felszíne közti kapcsolatot vizsgálja (Radley, 2000; Tiemersma, 1989; Yardley, 1999). Felmerülhet a kérdés, hogy vajon a testrészeket, akár egy gép alkatrészeit, ki-be lehet rakosgatni bármiféle érzelmi hatás nélkül? A kutatók egyetértenek abban, hogy a végbemenő testkép változásokat nem lehet egyik pillanatról a másikra feldolgozni (Broadbent, Ellis, Gambl és Petrie, 2006; Csabai és Erős, 2000). Vajon mi szükséges ahhoz, hogy az idegen szerv okozta szorongás oldódjon? Milyen folyamatok segítik a páciens az idegen testrész elfogadásában? Hogyan, milyen módszerekkel érhető tetten a pszichés összeférhetlenség a páciens és az idegen szerv között? A „tudományos rejtély” megfejtéséhez kiemelt jelentőséggel bírnak azok a projektív mérőeszközök, melyek mélyebb

betekintést engednek a transzplantált személyek pszichés állapotának megértéséhez. Továbbá nem hagyhatjuk figyelmen kívül az orvosi adatok sem, melyek empirikusan igazolva előre jelezhetik a transzplantált szerv működését.

Bár a korábbi kutatások felhívták a figyelmet, hogy a szervátültetés következtében sérülhet a testkép (Chaturvedi és Pant, 1984; De Pasquale és mtsai, 2010; Nesci, Favale, Foco, Castagneto és Nanni, 2001), azonban azt nem vizsgálták, hogy a transzplantált személy saját testével és az idegen donorral kapcsolatos érzései és gondolatai milyen belső tartalmakkal léphetnek kapcsolatba, és hogy ezek a folyamatok hogyan befolyásolják az idegen szerv befogadását, és ezáltal a transzplantáció hosszú távú sikerességét. A korábbi esetbemutatók és vizsgálatok vagy a transzplantáció következtében megjelenő testkép sérüléseket és hangulati változásokat (Chaturvedi és Pant, 1984; Daneker, Kimmel, Ranich és Peterson, 2001; Kimmel, Peterson és Weihs, 2000; Nickel, Wunsch, Egle, Lohse és Otto, 2002; Pascazio és mtsai, 2010), vagy az idegen szerv pszichés elfogadásának nehézségét tanulmányozták (De Pasquale és mtsai, 2010; Consoli, 2012; Freedman, 1983; Nesci és mtsai, 2001). Saját vizsgálatomban e két egymást kiegészítő folyamatot egyszerre kutatom.

### ***A disszertáció célkitűzései***

Fő kutatási kérdésem, hogy vajon milyen módszerrel lehet megragadni a transzplantált személyben végbemenő pszichés változásokat. Kutatásom egyik célja, hogy egy olyan tesztbattériát dolgozzunk ki, mely segítségével mérhetővé válnak a műtétet követő testkép változások és a beültetett szerv pszichés integrálódásának folyamata. A szakirodalomban található olyan keresztmetszeti kutatás, mely a pszichés faktorok és a szervkilökődés esélyének kapcsolatára irányult (Nesci és mtsai, 2001). Tudomásom szerint azonban eddig nem született olyan vizsgálat, melyben a páciensek pszichés állapotát önkitaltásos kérdőívekkel és projektív technikák segítségével longitudinálisan elemezte volna, sem olyan, melyben a pszichológiai eredményeket és az orvosi paramétereket több éves nyomon követés során, együttesen vizsgálta volna.

Pszichodinamikus és fenomenológiai elméleti keretben igyekszem rávilágítani azokra a folyamatokra, melyek segítenek bennünket a szervátültetésen átesett páciens lelki működésének megértéséhez. A gyakorlatban szerzett tapasztalatom és a szakirodalmi adatok alapján feltételezem, hogy a transzplantált személy testi megélésében a testi egészségesség sérül, az

énhatárok fellazulhatnak, a testi élmények dezintegrált módon jelenhetnek meg. További feltételezés, hogy a testkép integritásának sérülése és a beültetett szerv mentális reprezentációinak sajátosságai összefüggésben állhatnak a gyógyulási folyamat minőségét tükröző élettani mutatókkal és az affektív jellemzőkkel. Kiemelt kutatási kérdésem, hogy az idegen szervvel kapcsolatos érzések és fantáziák, a testi integritás felbomlása hogyan hatnak a transzplantált szerv működésére, milyen szerepet játszanak a szervátültetés sikerességében, hosszú- és rövidtávon egyaránt.

Disszertációmban röviden összefoglalom a szervátültetés orvostudományi hátterét, majd a pszichológiai vonatkozásokra fókuszálok. Bemutatom, hogyan vélekednek a kutatók a szervátültetés lélektanáról, milyen eredményeket értek el a különböző kutatási módszerekkel. Látni fogjuk, hogy a transzplantáció pszichés hátterének feltárásában a választott eszköz kifejezett hangsúllyal bír. Kutatásaink alkalmával ezért több, kombinált kvalitatív-kvantitatív eljárást alkalmaztunk, melyek között saját fejlesztésű technikák is szerepelnek, például a szervátültetésen átesett vesebetegek test- és énképének vizsgálatára kifejlesztett rajzteszt (Látos és mtsai, 2014), vagy a kutatócsoportunk által validált Transzplantált Szerv Kérdőív, illetve a PRISM-D vizuális teszt (Havancsák és mtsai, 2012a, 2012b; Havancsák, Pócza-Véger és Csabai, 2013a), mely segítségével képet kapunk a betegségről kialakított szimbolikus reprezentációkról is. Dolgozatomban három, vesetranszplantáltak körében végezett vizsgálatunkról fogok beszámolni. Kutatásom célja nem csupán a teoretikus megértés bővítése, hanem a gyakorlatban történő alkalmazása is, hiszen a betegellátás elsődleges érdeke, hogy tudományosan igazolt feltételezéseinket a klinikai munka során hasznosítsuk. Eredményeink alapján egy olyan komplex pszichológiai intervenció-és szűrőprogramot dolgoztunk ki, mellyel reményeink szerint a páciensek felépülését és a transzplantált szerv minél teljesebb pszichológiai integrációját segíthetjük elő.



## Elméleti bevezető

### 1. A transzplantáció kihívásai az orvostudomány és a pszichológia számára

Az emberiség ősi vágya, hogy a hiányzó testrészek, a beteg szervek és végtagok pótolhatóvá váljanak. A szervátültetéssel kapcsolatos első próbálkozások már a 19. század elején megtörténtek, mivel ekkor még nem álltak rendelkezésre olyan módszerek, amelyekkel az immunológiai inkompatibilitást csökkenteni lehetett volna (Perner és Petrányi, 2013). A transzplantációs immunitás felismerése több évtizedet vett igénybe (Billingham és Bent, 1954; Burnet, 1957; Madawar, 1948). A jelenlegi protokoll szerint, ha a beteg általános egészségügyi állapota megfelelő és szervezete elviselné a szervátültetéssel járó megterheléseket, a transzplantációs bizottság felveszi őt a várólistára (Perner és Petrányi, 2013). Mivel kevés a donorvese, sok esetben több hónap vagy akár év múlva<sup>1</sup> találnak számára egy szervet, amely immunológiailag megfelel a beültetésre (Perner és Petrányi, 2013). Ha a páciens klinikailag is alkalmas a műtetre, megtörténik a transzplantáció, amely pótolni tudja a befogadó károsodott szervét és funkcióját. A szövet- és vércsoporttípus meghatározás ellenére viszont előfordul, hogy a szervezet idegen szövetként érzékeli a transzplantált szervet és kilökődési reakciót (rejekció) indít el.

A transzplantált vese túlélésében jelentős szerepet kap a recipiens<sup>2</sup> és a donor<sup>3</sup> humán leukocita-antigén (HLA) egyezése (Mihatsch, Nickeleit és Gudat, 1999; Opelz és Döhler, 2012; Perner és Petrányi, 2013). A HLA génkomplex az élőlények egyik legnagyobb génállománya, kiemelt szerepet játszik a „saját” és az „idegen” fehérjestruktúrák felismerésében, így az átültetett szövet túlélésében (Billingham és Bent, 1954; Burnet, 1957; Madawar, 1948). Legjobb a túlélés mértéke a „full-house”, vagyis a teljes HLA egyezés meglétekor, és legrosszabb, ha az összes antigén eltér. Kutatásokkal bizonyították, hogy a HLA génkomplex mellett egyéb faktorok is jelentős szerepet játszanak a vese hosszú távú működésében, mint például a donor életkora, az első egy évben történt akut rejekciós epizód, vagy a plazma kreatinin érték (Dickenmann és mtsai, 2002). A szervátültetés sikerességét tehát több orvosi

---

<sup>1</sup> A dolgozat témája a kadáver donorból (agyhalott személyből származó) transzplantáció pszichés hátterének vizsgálata. Az elődonoros vesetranszplantációval (ahol a várakozási idő jelentősen lecsökkenhet) jelen keretek között nem foglalkozom.

<sup>2</sup> Az a személy, akinek testébe más személyből eltávolított szervet ültetnek át gyógykezelés céljából (Perner és Petrányi, 2013).

<sup>3</sup> Az a személy, aki szervet adományoz egy másik személynek átültetés céljából, illetve akinek testéből halála után szervet távolítanak el más személybe történő átültetés céljából (Perner és Petrányi, 2013).

tényező is befolyásolhatja, melyeket a komplex biopszichoszociális szemlélet jegyében saját kutatásunkban is nyomon követünk.

A transzplantált szervek többsége cadaver donorokból, azaz agyhalott személyektől származik, bár az igény erre a terápiás eljárásra olyan nagy, hogy nem tudják kielégíteni azt. Európában több mint negyvenezer beteg vár szervre (Fazekas, 2013). A felmérések szerint 50 alkalmas donor adódik egymillió lakosra évente (Kazai, 2008). Különösen fontos, hogy a szervek elosztásának folyamata igazságos és átlátható legyen, miközben egy sor etikai kérdéssel szembesülünk (Alföldy, é. n.). Kötelezheti-e az orvos arra a páciens, hogy az átültetést követően megváltoztassa életmódját? Vajon bizonyos személyiségzavarok, az együttműködés hiánya, a nem megfelelő egészségmagatartás képezhetik-e az alapját a várólistáról való kizárásnak? Ellenjavallt-e a szervátültetés szempontjából az elhízás, a dohányzás vagy az alkohol illetve kábítószer-függőség?<sup>4</sup>

Etikai szempontból elfogadhatatlan, hogy bármilyen indokkal, bármilyen okból megkülönböztetést tegyünk az ellátásban. A rizikófaktoroknak azonban súlyos orvosi, egészségügyi és gazdasági következményei vannak, ide sorolva a műtéti kockázatot, a későbbi szövődményeket, a gyógyszerszedés elmulasztásával járó kilökődési reakciót és annak kezelési költségét, valamint az esetleges szervvesztést. A tudomány fejlődésével számos, újabb kérdés merül fel, melyek a közeljövőben nem is fognak nyugvópontra jutni.

A szervátültetés módosíthatja a saját magunkról, a testünkről, az életről és a halálról kialakított elképzelésünket. Az életet fenyegető betegség jelenléte, az átélt fájdalmak, a szervvel kapcsolatos fantáziák és tudattalan érzelmek, a hosszan tartó szorongásos állapot kimeríthetik az egyén tartalékait. A páciens kap egy új szervet, amely korábban egy másik emberben funkcionált, és most hirtelen az ő testének részévé válik. Bár fizikailag elválasztották a szervet a donortól, belehelyezték és élettanilag integrálódott a recipiens testébe, azonban a szerv pszichológiai integrációja, a páciens testképébe való beépülése komplex és időigényes folyamat.

---

<sup>4</sup> Számos országban a dohányos betegeket például kizárják a coronaria bypass, a szívátültetés vagy a tüdőátültetés lehetőségéből, a májátültetés várólistára helyezés kritériuma pedig a rövidebb-hosszabb ideig tartó alkohol absztinencia (Alföldy, é. n.).

## 2. A szervátültetés után jelentkező pszichés problémák

A transzplantáció utáni kezdeti időszakban jelentkező pszichés problémák sok esetben korrelálnak a kórházi tartózkodás és az orvosi kezelések következményeivel is. A műtét után pár nappal azonban ambivalens érzések törnek a felszínre: egyrészt feléled a remény a teljes, egészséges élet iránt, másrészt egy ismeretlen környezetben találja magát a személy, ahol megjelenik a bizonytalanság, a tehetetlenség, a kiszolgáltatottság érzése, a haláltól és a kórházi kezelésektől való félelem, amelynek következtében csökken az autonómia, az önbecsülés; regresszív állapot, illetve szeparációs szorongás léphet fel (Consoli, 2012). Bizonytalanság alakul ki a szelf integritásával kapcsolatos érzésekben és megjelenhet a donor iránt érzett büntudat is: „valakinek a halála kellett ahhoz, hogy újjászülethessek”. A páciens igyekszik kizárni tudatából a fenyegető érzéseket, amelyek a tapasztalat szintjén azonban szorongásos és depresszív tendenciák megjelenésében, illetve alvászavar képében jelentkeznek.

Transzplantáción átesett betegeknél a transzplantáció után eltelt idő is hatással lehet a pszichés állapotra, így érdekesek az ezen összefüggéseket feltáró kutatások (Pérez-San-Gregorio, Martín-Rodríguez, Galán-Rodríguez, Pérez-Bernal, 2005). Ezek szerint a páciensek az alábbi fázisokon mennek keresztül: riadó (0-12 hó), alkalmazkodás (12-24 hó) és kimerülés szakasza (24 hó után), mely – bár a szerzők nem említik – a Selye-féle adaptációs szindrómával analóg (Selye, 1950). A műtét utáni első egy év alatt és a transzplantációt követő második évtől több depresszív és szorongásos gondolatról, rosszabb önbecsülésről számoltak be a páciensek. A szerzők szerint az első egy évben a páciensnek új érzelmi és fizikális kihívásokkal kell megküzdenie: szembesül az új családi körülményekkel, megjelenik a kilöködéstől való félelem, és munkájához is visszatérhet. A transzplantáció utáni első és második életév között, az alkalmazkodás, a megküzdés fázisában már kevesebb félelmet él át a páciens, csökken a szorongás és a depresszió mértéke, hozzászokott az új családi és munkahelyi körülményekhez. A második évtől kezdve azonban kimerülnek a pszichés tartalékok, újból megjelennek a rejkciós félelmek, a szorongás és a depresszió.

A kutatók feltételezték, hogy a transzplantált páciensekre negatív hangulati és érzelmi állapot jellemző. A kérdőíves technikákkal kapott eredmények azonban ezt nem minden esetben támasztották alá, mivel a vártnál alacsonyabb értékeket kaptak a szorongás és a depresszió skálán (Kuntz és Bonfiglio, 2011), a kontrollhoz viszonyítva azonban emelkedett a félelem és a düh érzése (Pascazio és mtsai, 2010).

Egy másik vizsgálatban a szerv kilökődésében meghatározó szerepet játszó pszichológiai tényezők feltérképezésére 33 vesetranszplantációra váró páciensnél felmérték az érzelmi és hangulati állapotot, emellett kitöltették a páciensekkel az Eysenck-féle személyiségtesztet (Calia és mtsai; 2011a, 2011b). Logisztikus regresszióval sikerült igazolniuk, hogy a pszichoticizmus prediktív a rejekciós epizódok szempontjából. Tehát minél magasabb pontszámot ér el az egyén műtét előtt a pszichoticizmus skálán, annál valószínűbb, hogy a transzplantáció után kilökődési reakciót észlelhetünk. A szorongás és a depresszió mértéke azonban nem volt bejósoló erejű a szerv optimális működése tekintetében. Kutatási eredményeik felhívják a figyelmet a műtét előtt alkalmazott pszichológiai intervencióra, melynek segítségével javítható a graft túlélés esélye.

Rajztesztek alkalmazásával azonban kimutatták, hogy a vesetranszplantáltak 36 százalékánál figyelhető meg valamilyen érzelmi trauma vagy negatív hangulati állapot (Wallace és mtsai, 2004). A vizsgálat során a színek használata mellett a vonalvezetést és a probléma adekvát megoldását figyelték meg az alkotásokon. Májtranszplantáción átesett páciensek körében végzett vizsgálatokban szintén hasonló eredményekről számoltak be a PTSD és a depresszió tekintetében (Shemesh és mtsai, 2000; Walker, Harris, Baker, Kelly és Houghton, 1999).

Vesetranszplantáción átesett betegekkel a posztoperatív pszichiátriai zavarok feltérképezésére ház-, fa- és emberrajz (HTP) tesztet (Buck, 1948) is alkalmaztak, műtét előtt és után (Fukunishi, 1997). Eredményeik szerint a szervátültetés előtt mért erős szorongás a rajzokban is megmutatkozott. A fatörzsön megjelenő erős árnyékolás mély szorongásra utalt, a fatörzs felső részének elhagyása pedig csökkent életenergiáról, depresszióról árulkodott. A transzplantáció után két hónappal a betegek 36 százalékánál diagnosztizáltak valamilyen pszichiátriai zavart. Szintén HTP-tesztet alkalmaztak skizofrén, dialízisben kezelt pácienseknél a kognitív funkciók mérésére (Perkins, Wagemaker és Levy, 1983). Bár a szerzők nem emelik ki, az általuk bemutatott, szorongó, depresszív páciensektől származó rajzokon a figuráknak hiányzik a keze. A megkapaszkodási ösztön lehetséges szerepét egyetlen szerző sem említette meg, még Chaturvedi és Pant (1984) sem, akik pedig ki is emelték a karok és a kéz jelentőségét. A fogalom Hermann Imréhez (1943/1984) köthető, aki elméletében integrálta az analitikus megközelítést a főemlősökről szerzett etológiai ismeretekkel. Azt feltételezte, hogy a csecsemő fogó- és átkarolási reflexe a főemlősök megkapaszkodási késztetésének a maradványa. Az élet bizonyos helyzeteiben ez az ősi ösztön előtérbe kerül: például amikor ingerültek vagy feszültek vagyunk, sokszor a zsebkendőnket vagy a ceruzánkat fogdossuk. A

klinika falai között, egy kiszolgáltatott állapotban, a fájdalmak világában a páciensek regresszív állapotba kerülhetnek, mely során a megkapaszkodás ösztöne felerősödhet.

A szervátültetés utáni jobb életminőség a szorongás és a depresszió meglététől, és nem a fizikális állapottól (orvosi komplikációk, kórházi tartózkodás hossza) függ (Nickel, Wunsch, Egle, Lohse és Otto, 2002). Szívtranszplantáción átesett pácienseknél megvizsgálták a depresszió, a szorongás és a poszttraumatikus stressz-zavar kockázati tényezőit (Dew és mtsai, 2001). A műtét utáni időszakban a szorongás (18%) és a depresszió (23%) volt gyakoribb, a műtétet követő egy évben viszont a poszttraumás stressz zavar (17%). Az alábbi rizikótényezőket sorolták fel, amelyek a szervátültetés következtében kialakuló pszichiátriai zavarok gyakoriságát növelhetik: hospitalizáció, korábbi pszichiátriai zavar, csökkent társas támasz.

A negatív hangulati állapot dialízis-kezelés alatt is megjelenhet, és fennmaradhat a sikeres transzplantáció után is (Craven, Rodin, Johnson és Kennedy, 1987). Több kutatás kimutatta, hogy a végstádiumú vesebetegek körében a leggyakoribb pszichés probléma a depresszió (Kimmel és mtsai, 2000; Daneker és mtsai, 2001). Krónikus hemodializált vesebetegek körében a depressziós tünetek szorosabban korreláltak az életminőséggel, mint bármely más klinikai paraméter (Steele, Wuerth és Finkelstein, 1996), illetve ezek a tünetek a halálozás független prediktoraiként jelentek meg (Kimmel és mtsai, 2000). Megvizsgálták, vajon a betegség objektív súlyosságának vagy a betegségpercepciónak, a betegség által okozott hatások szubjektív érzékelésének van-e nagyobb hatása az életminőségre. Az eredmények szerint a krónikus betegséggel való megküzdés szempontjából a betegségpercepció jelentősebb szerepet tölt be, mint a betegség súlyossága, illetve nem találtak összefüggést a betegség súlyossága és a betegség hatásának percepciója között (Sacks, Peterson és Kimmel, 1990; Kimmel, Peterson és Weihs, 1998; Kimmel, 2000).

## 2.1. Testkép változások szervátültetés után

A szervátültetés pszichés kihívásai már a műtétet megelőző időszakban is jelentkeznek. A várakozás és rákésülés feszültsége sok esetben nem kerül feldolgozásra, mert elsodorják a transzplantáció körüli események (Consoli, 2012; Tari, é.n.). Érdeemes viszont tudnunk, hogy ezek a pszichés tartalmak spontán eliminálódásra nem képesek, időlegesen elfojtás alá kerülnek, és jellemzően újraélednek a transzplantáció után. A szervátültetés további erős érzelmeket hoz a felszínre, amelyek megakadályozhatják a szerv pszichés integrálódását, negatív hatást gyakorolva a szerv működésére. A transzplantáció utáni időszakban egyes betegeknél átmeneti posztoperatív pszichózis is felléphet (Abram és Buchanan, 1976; Fukunishi, 1992; Mai, McKenzie és Kostuk, 1986). Egy új-zélandi férfi kéztranszplantációja után idegen testrészként érezte az átültetett kezét, a látványát sem tudta elviselni (Carosella és Pradeu 2006). Felhagyott az immunszuppresszív gyógyszerek szedésével, és kérte az amputációt. Inkább kéz nélkül akart élni, mint hasadt identitással.

Gyakran megfigyelhetjük a klinikai gyakorlatban, hogy vannak, akik újjászületésről beszélnek, és második születésnapjukként ünneplik a transzplantáció időpontját, mások pedig tagadják, hogy bármilyen pszichés munkára lenne szükség ahhoz, hogy a transzplantált szerv harmonikusan beépüljön a testképükbe. A test mégis jelzi a változást: a korábbi diszkomfort érzet csökken (például a viszketés, a légszomj, az izomgörcsök és az ízületi fájdalom tünetei csökkennek), mivel a test kezdi visszanyerni korábbi funkcióit, étvágyát és szexuális vágyódását is (Shimazono, 2013).

Több kutatásban próbálták igazolni a transzplantációs műtét utáni testkép torzulásokat és pszichés ártalmakat; a választott módszer azonban nem mindig volt alkalmas e komplex jelenség megfogására. Mivel a testkép igen képlékeny, dinamikus jelenség, így betegség idején negatív irányba változhat. Ez nem csupán az adott beteg szervre, vagy testrészeire vonatkozik, hanem az egész testtel kapcsolatos érzékelésre is rávetülhet (Csabai és Erős 2000; Csabai és Molnár, 1999). A megváltozott testképhez való alkalmazkodás pedig akár egy évig is eltarthat (Taylor, 1983). A testkép olyan fogalom, amely a testre, mint pszichológiai élményre vonatkozik, és az egyén saját testével kapcsolatos szubjektív élményeire alapozódik, magába foglalva az egyén saját testéhez fűződő tudatos és tudattalan érzéseit, attitűdjeit (Fisher és Cleveland, 1968).

Vesetranszplantált és egészséges fiatalok összehasonlításakor, kizárólag kérdőíves technika alkalmazásával nem találtak szignifikáns eredményeket a testkép és az önértékelés mentén (Melzer, Leadbeater, Reisman, Jaffe és Lieberman 1989). Veseátültetésen átesett személyek pszichopatológiai jellegzetességeit kutatva, emberrajz teszt (Machover, 1951) segítségével azonban kimutatták, hogy a szervátültetés potenciális kockázatot jelent a páciens számára: felboríthatja az egyén lelki egyensúlyát, miközben elvesz a test szubjektíven észlelt egysége (De Pasquale és mtsai, 2010). Bár a műtét gyorsan visszaállítja az anatómiai és a fiziológiai funkciókat, ezzel párhuzamosan az emocionális és a kognitív szinten történő integráció (egyfajta „pszichés transzplantáció”) is szükséges. Szervátültetés után a beteg testében és testképében azonnali változás megy végbe, ami pszichoszomatikus válságot provokálhat. De Pasquale és mtsai (id. mű) szerint a krízis megoldása a testkép és az elsődleges Én újjáépítése a szerv mentális integrációja által. Az asszimiláció folyamatának előfeltétele, hogy a páciens feldolgozza a donor felé érzett büntudatát, és elgyászolja az elveszített szervét, amely tovább már nem látja el funkcióját.

Kvalitatív eljárásokkal más kutatócsoportok is megpróbálták feltérképezni a transzplantáció pszichés hátterét (Chaturvedi és Pant, 1984). Tanulmányukban szintén emberrajz tesztet (Machover, 1951) alkalmaztak, melynek segítségével közelebb kerülhettek a transzplantált személyek testképében bekövetkezett változásokhoz. Eredményeik szerint a kontroll csoporttal összehasonlítva a vesetranszplantált férfiak rajzai kisebb méretűek voltak, és számos részlet (ujj, ruházat) hiányzott az alakról; gyakran radirozgattak, és aszimmetrikusabb képet készítettek, ami bizonytalanságot, szorongást, kiegyensúlyozatlan énképet és alacsony önértékelést jelez. Vesetranszplantáción átesett pácienseket vizsgálva emberrajz tesztek segítségével szintén megfigyelték az egyes testrészek (láb, kar) hiányát, a kontúrok gyengeségét és a fizikai határok szakadozottságát (Nesci és mtsai, 2001). A szerzők szerint a test konténer funkciót tölt be, elősegíti az idegen szerv asszimilálódását, és így csökkenti a rejekciótól való félelmet. A testérzékelésben bekövetkezett szenzoros növekedés képes ellensúlyozni a korábbi gyenge reprezentációkat és lehetővé teszi a külső szerv, mint természetes elem integrálódását; ezáltal elüzi az elutasítás fantomját. Ebben a fázisban a hipochondria tünetei jelenhetnek meg (túlzott aggodalom a saját egészség miatt), függetlenül a korábbi személyiségjegyeiktől. A recipiens egyfelől arra kényszerül, hogy újradefiniálja saját testképét, másfelől a donor felé megjelenő gyász érzésével is meg kell küzdenie. Egy zavaró és veszélyes helyzet áll elő, attól függetlenül, hogy élődonoros transzplantáció történt, vagy a páciens egy halott személyből származó szervvel él tovább. A donor „jelenléte” ugyanis

megtapasztalható a transzplantált szervben és az azzal kapcsolatos fantáziákban, reprezentációkban: a donor tehát továbbra is „él” a recipiens testében és lelkében egyaránt.

Kéztranszplantáción átesett személyeknél kimutatták, hogy ha a beteg elfogadja, hogy az átültetett testrész a sajátja („az én kezem”), akkor nem csupán az MRI vizsgálatokkal kimutatott agykérgi aktivitás változik meg, hanem az érzékelésben és a betöltött funkcióban is javulás mutatkozik (Burloux és Bachmann, 2004). Egyes szerzők szerint egy új kognitív címke („az én kezem”) áll a folyamat háttérében (Brill, Clarke, Veale és Butler, 2006). Pszichoanalitikus elméleti keretben gondolkodva azt mondhatjuk, hogy az idegen testrész internalizálása által tudja a személy elfogadni, hogy a testrész már a sajátja, ami az érzékelési és funkcionális képességek javulásában is megmutatkozik.

Egy nagy volumenű kutatásban arra voltak kíváncsiak, vajon milyen mértékben valósult meg az átültetett szerv pszichés integrálódása. Több, mint 700 transzplantált (szív, vese, máj transzplantált) páciens véleményét kérdezték a beültetett szervről (Schlitt és mtsai, 1999). Saját kérdőívet állítottak össze, melyben többek között a következő állítások szerepeltek: a szerv a sajátom és a testem része; a szerv idegen számomra, de a testem része; egy idegen szerv, ami nem a testem része. Eredményeik szerint a vizsgálati minta több, mint egyharmada még mindig idegennek érzékelte a beültetett szervet, mely a pszichés egyensúly kibillenésével is együtt járt. A betegcsoportok összehasonlításánál kiderült, hogy a szervátültetésen átesett betegek közül a vesetranszplantáltaknak bizonyult legnehezebbnek a transzplantált szerv elfogadása, ugyanis 48 százalékuknál nem valósult meg a szerv pszichés integrálódása.

A transzplantáció által indukált intrapszichés konfliktusok feltérképezése és megértése előre jelezheti a transzplantáció sikerességét vagy kudarcát, ezért Corruble és munkatársai (2012) megszerkesztették a Transzplantált Szerv Kérdőívet, mely kifejezetten a recipiens donorral és szervvel kapcsolatos reprezentációit vizsgálja. A szerzők azt tapasztalták, hogy a szervátültetésen átesett páciensek maguktól nehezen beszélnek a transzplantációval járó összetett élményről. A háttérben azt feltételezték, hogy a kavargó negatív érzések (adósság, büntudat) megnehezítik a szerv pszichés elfogadását. A kérdőívet betegcsoportok, sebészek és nővérek segítségével állították össze pszichológus szakemberek, és 134 májtranszplantáción átesett páciens körében validálták. Corruble és munkatársai (2012) javasolják a Transzplantált Szerv Kérdőív alkalmazását más betegcsoportok – például vesetranszplantált páciensek – körében is, ezért egyik vizsgálatunkban hasonló elemszámmal mi is alkalmaztuk a kérdőívet.

Összegezve, több kutatócsoport is a kevert, kvalitatív és kvantitatív kutatási módszert javasolja, mely segítségével pontosabb eredményeket kapunk a krónikus betegségben



szenvedő, transzplantált páciensek pszichés állapotáról (Baines és Jindal, 2003; Broadbent, Petrie, Ellis, Yinga és Gambl, 2004; De Pasquale és mtsai, 2010). A módszertani lehetőségekről bővebben az 4. fejezetben lesz szó.

## 2.2. A tudattalan testkép és a „testi én”

Transzplantáció következtében sérülhet a testkép és a test határával kapcsolatos észlelet és reprezentációk stabilitása. A folyamat megértéséhez végig kell gondolnunk, milyen eredményekkel szolgálnak a testképpel foglalkozó vizsgálatok, mit gondolunk a testi én<sup>5</sup> és a testi egészségesség kialakulásáról. Több szerző is egyetért abban, hogy a testreprezentációk interakciós élményeink lecsapódásai (Dolto, 1977/2013; Dornes, 1993; Stern, 1992). Dolto (1977/2013) teóriájában a testkép tudattalan dimenzióval is rendelkezik – ez olyan tudattalanná vált fantázia magunkról, mely az anya-gyermek interakciókból és kettejük tudattalanjából formálódik. Elméletében a testkép emocionális tapasztalataink egyfajta szintézise, magába foglalja a testvontakozású elképzeléseket és érzéseket, melyek eltérő mértékben tudatosulnak. A testi én kialakulásában, a személyiségfejlődés folyamatában a pozitív és a negatív tapasztalatok, a testi élmények integrációja tükröződik. A testi én egy interszubjektív konstrukciós és integrációs folyamat mentén rajzolódik ki. Ha ez az integrálódási folyamat elakad, a testi élmények egysége, a testi egészségesség sérül, amely a fragmentált test állapotához, a testrészek hasításához, leválásához vezet (Dolto, 1977/2013; Erdélyi 2008, 2010; Geerardyn és Walleghem 2005). A testkép a megélt traumák térképévé válik. A virtuális, láthatatlan testképet nehéz megragadni, mert a korai kapcsolati élmények szertefoszlanak, mielőtt tudatosulnának. Azonban álmainkban, az áttételi folyamatokban, pszichoszomatikus megbetegedésekben, a költészetben vagy művészetterápiás technikák által betekintést nyerhetünk világukba. Az érintés és a közvetítésével átélt élmények feldolgozása elősegíti a nonverbális folyamatok megragadását, a preverbális élmények és emlékek kognitív feldolgozását (Bereczky és Luthardt, 2011). Ma már rendelkezünk olyan nonverbális, a testi élményeket felszínre hozó terápiás és diagnosztikus eszközökkel - például a testkép-szobor teszt (Fehér, 2011) vagy a projektív rajztesztek (Machover, 1951, Witkin, 1962) -, amelyek az én-integritás és az én-konstancia mértékének vizsgálatára alkalmasak.

---

<sup>5</sup> A nárcizmus bevezetése c. művében Freud (1915/1997) emelte ki először, hogy az én elsődlegesen és eredendően testi én. Vagyis a test, különösen a test felszíne azoknak az érzékek forrása, melyből az ego származik. Ehhez a hagyományhoz nyúlnak vissza a későbbi szerzők, akik kiegészítették az elméletet egy lényeges szemponttal, az interszubjektivitással és a korai tapasztalatokkal.

Stern (1992) csecsemőkutatásai alapján arra a megállapításra jutott, hogy legkorábbi élményünk önmagunkról testi jellegű, az én elsősorban testi interakciókra épül. Dornes (1993) csecsemővizsgálatából kiderült, hogy az egyéves bizonytalan-elkerülő kötődésű gyermekeknél dühöt kiváltó helyzetben a düh mimikailag nem jelent meg, az izomaktivitásban azonban egyértelműen jelentkezett. A korábbi vizsgálatok nem figyeltek az egész test jelzéseire, csupán az arcizmokra koncentráltak. Pedig előfordulhat, hogy egy affektus, mint például a düh nem-érzése rendelkezik bizonyos testi, fiziológiás korrelátumokkal, például a légzőizmok aktivitásában történő változással. Az eddigi vizsgálatok sok esetben a mimikára koncentráltak, és nem a teljes test kódolásaira, vélhetően az ezzel járó technikai ráfordítások miatt. Már a legkorábbi, magzati állapotban összegyűjtött testi tapasztalat az egész test emlékezetében tárolódik, így kiemelt szerepet kap a fejlődés során (Stern, 1992). Ezeket az emlékeket nem tudjuk explicit módon, tudatosan előhívni, azonban segítségünkre vannak az olyan testtel foglalkozó terápiák, melyek a verbalitáson túlmutató testi élményekkel dolgoznak.

### 2.3. Az érzett és a látott test - A testkép alapjai a korai tapasztalatokban

Transzplantált pácienseknél új testi érzetek jelentkeznek: az ismeretlen szerv hirtelen szokatlan közelségbe kerül. A mindennapi életünkben szüntelen észleljük testünket, annak mozgását. Azonban belső szerveink kevésbé elérhetőek számunka. Vannak „hangosabb” szerveink, mint például a gyomor, a szív vagy a húgyhólyag, és „halkabbak”, melyek kevésbé közvetítenek ilyen zsigeri érzeteket felénk, mint például a vesék. Amikor a transzplantált páciens felébred a műtét után, az új szerv ismeretlen, olykor fenyegető közelségét érezheti. Továbbá az új szerv a mindennapi szokásokat is megváltoztatja. Gondoljunk csak arra, hogy a transzplantáció előtt a betegek sokszor több évet járnak dialíziskezelésre, mely folyadékmgvonást ír elő. A pácienseket krónikus szomjúságérzés gyötri, amelyhez idővel ki jobban, ki kevésbé hozzászokik. A vese beültetése után azonban naponta 3, vagy annál több liter folyadékot kell bevinni a szervezetbe, mely csak a szokások tudatos megfordításával lehetséges. Ez sok páciensnek nagyon nehezebbre esik, és ezzel akár a transzplantáció sikerességét is kockára teszik.

Az érzett, megélt és a látott test közötti hasadék létrejöttét Lacan (1993) a tükörstádiumhoz köti. Az én hasadásának fogalmát minden szubjektumra kiterjesztette, értelmezésében az ego nem stabil, nem állandósult fogalom (Bowie, 1991, Erős, 1993a; Lacan, 1993). Az igazi, prototipikus elidegenedést Lacan szerint a tükörstádiumban tapasztalhatjuk

meg. 6 és 18 hónapos kor között a gyermek hirtelen rádöbben, hogy amit a tükörben lát, az saját maga. A csecsemő a tükörképe (a valós és a tükörkép közötti kapcsolat) bűvöletébe esve képtelen arról elterelni figyelmét. Viszont idővel szét kell törni ezt a varázslatot, a realitás és az illúzió közti határt. A tükörkép az én káprázata, és azt ígéri, hogy az individuális rejtett erő végül valósággá válik. A tükör olyan káprázatot hoz létre, mely nem pusztán érzékelési kép. Az Én végső elidegenedésében fáradhatatlanul igyekszik befagyasztani az egyéni folyamatot. A test széttöredezik, a szorongás az emlékekhez asszociálódik (Bowie, 1991, Erős, 1993b; Evans, 1996; Lacan, 1993). Az én tehát ezen elképzelés szerint olyan, mint egy hagyma: introjektált rétegekből áll. A teljességet a tükörképben láthattuk meg, mely merőben ellentétes a valóságban érzékelt fragmentált testtel. Testünk külső képét és testérzetünket tehát folyamatosan egyeztetjük egymással, és optimális esetben megtaláljuk azt a szintet, ahol a fragmentált test okozta szorongás még nem tudatosul. A tükörben látott külső testkép és a belső testélmény integrálása az összes további absztrakció alapját szolgálja. Ugyanakkor a Másik tekintete is tükörként funkcionál, mely visszatükrözi a gyermek testével kapcsolatos élményeit és érzéseit. Az anya csökkenti a széttöredezettségből fakadó szorongást, és elősegíti a belső és a külső testkép integrálódását (Vermes, 2006).

Didier Anzieu (1993), aki Lacan analizáltjaként kezdte karrierjét, szintén a legkorábbi taktilis élményekig nyúlt vissza elmélete kidolgozásakor. Egyfelől Freud és Winnicott munkásságából, másrészt az 1970-es, 80-as évek csecsemővizsgálatainak eredményeiből merít. Bőr-én teóriája a korai kapcsolat pszichoszomatikus szerepére világít rá, mely a személyiség képességeit és élménydimenzióit alapvetően meghatározza. A fejlődés korai szakaszában a gyermek saját magát, mint pszichikus tartalommal teli Én-t a taktilis élmények, azaz a „bőr-én” segítségével tapasztalja meg. Kezdetben az anya és a gyermeke közös bőrrel rendelkeznek, majd a szétválás okozta szorongás után az anyai gondoskodás, és ennek talaján születő érzések, képek és gondolatok kavalkádjából a gyermekben kialakul a bőr-én, mely az állandóságot és a biztonságot garantálja.

Hasonló gondolatokat fogalmaz meg Paul Schilder (1978) klasszikus elméletében, mely szerint a testkép alapvetően interszubjektív természetű, és nem a külső megjelenés statikus képe. Holisztikus szemlélete a pszichoanalízisből, a neurológiából és a Gestalt-pszichológiából is merítkezett. Részletesen kidolgozta Freud (1919/2011) azon elképzelését, mely szerint a test, különösen a test felszíne azoknak az érzékek forrása, melyből az ego származik. A testi élmények analitikus értelmezésének átfogó modelljében a dinamikus testkép három dimenzióból áll: fiziológiai, intrapszichikus és szociális tapasztalatokból (Schilder, 1978).

Schilder szerint a testkép konstrukciók és transzformációk folyamata, a külvilággal való folyamatos kapcsolat mentén épül fel, ahol a differenciáció és az integráció együttesen határozzák meg a testkép alakulását. A testkép plaszticitása bizonyos körülmények között fokozódik, például szexuális intimitás, kreatív előadások vagy bizonyos rituálék alatt.

#### 2.4. Cserélhető testrészek: az embergép metafora

A transzplantált szerv pszichés integrációját a test és a lélek egymáshoz való viszonya és testi élményeink is meghatározzák. A kortárs, konstrukcionista háttérű társadalomlélektani szakirodalom a testre, mint szociokulturális termékre tekint. Ebben az értelemben a testet egy üres lapként képzelhetjük el, írószközként pedig a ruha, a diéta vagy a testedzés éppúgy funkcionálhat, mint a sebészkes vagy a lézersugár (Csabai, 1998). Ahogyan Michel Foucault (2000) fogalmaz: „a tudat már nem képes fölismerni a maga testét; az egyén már csak hullának érzi magát, vagy tehetetlen gépnek, amelynek minden impulziója egy titokzatos külső jelenségtől származik” (Foucault, 2000, 58.o.). Ez a folyamat pszichológiai szempontból problematikussá válhat, hiszen ezek a – média által is sugallt, és sokszor felnagyított – lehetőségek, üzenetek azt az illúziót kelthetik, hogy könnyedén „újrászervezhetjük” saját magunkat, vagy „kicserélhetjük” a szerveinket. A megsérült „szubjektív fizikai test” a modern nyugati orvoslás által „objektíválható fizikai testté” válik, ezáltal lehetővé teszi, hogy a beteget betegségnek tekintse, és úgy is kezelje. A testi vagy lelki traumák hatására végbemenő testkép változásokat azonban nem tudjuk egyik pillanatról a másikra feldolgozni.

A transzplantált szervet kezdetben idegenként érzékeli a testünk is: az immunrendszer felkészül a harcra és kilökődési immunreakciót indít el. A szerv túlélése szempontjából ezért elengedhetetlen, hogy elnyomjuk a szervezet immunkompetenciáját. Az orvos „erős szemüveget” tesz az immunrendszerre, mely segítségével sajátjának látja a beültetett szervet. Néhány szerző felteszi a kérdést, hogy ha az immunológiai kilökődés megoldására az immunrendszer elnyomása a bevett terápia, akkor a pszichológiai elutasítás megoldására nem a pszichológiai tudatosság elnyomását kellene-e választanunk (Mai, 1993; Sharp, 2007; Shimazono, 2013). A gondolatmenet értelmében az idegen szerv és a traumatizált test tagadása adaptív megküzdési mechanizmus a transzplantált személy részéről. Ebben az összefüggésben a figyelem távoltartása az idegen szervtől és annak eredetétől megvédi az egyént az érzelmi

distressz átélésétől. Ezen elgondolás a testet egy géphez hasonlítja, amelynek alkatrészeit ki-be lehet rakosgatni bármiféle pszichés hatás nélkül.

A gép-metaphora a páciensek kijelentéseiben is megnyilvánulhat: a szív nem lesz más, mint pumpa, a vese pedig csupán egy szűrő. Felmerülhet a kérdés, hogy miért került ilyen privilegizált helyre ez a mechanikus metafora, amikor nyilvánvaló a pszichés és testi összeférhetetlenség a páciens és az idegen szerv között. A testbelsőnkhez fűződő attitűd is ezt igazolja, ami szerint minden, ami belül van, addig marad kellemes, amíg a testhatárokon belül marad, amint viszont kikerül a testből, egyből idegenné, visszataszítóvá (abjekté) válik (Allport, 1980; Kristeva, 1982). Vajon mi játszódik le a transzplantált személyben – akár tudattalanul, akár tudatosan –, amikor egy idegen szervet helyeznek belülré, a saját testébe? A kérdés megválaszolásához a szerzők szerint elég a mechanikus testképre gondolnunk, amelyben a „szív, mint egy pumpa” gondolata elősegíti az integráció folyamatát, mivel egy személytelen árucikké, egy „gép” kicserélhető alkatrészévé degradálódik, anélkül, hogy a „gép” természetét megváltoztatná (Shimazono, 2013).

A test-lélek problematikához való világnézeti-filozófiai viszony – még ha nem is tudatosan – rávetül a testtel kapcsolatos praxisokra. A 20. század első felében a testről szóló diskurzusokban már megjelennek a test határainak elemzése. A kutatások eredményei a múlt század végére egyetértettek abban, hogy bármely elméleti és tapasztalati kontextus legfontosabb felülete a test (Garaczi, 2005). A modern, nyugati gyógyászat és a reprodukció területén létrejövő műszaki, technikai teljesítmények, a feminista mozgalmak, a nyugati társadalmak demográfiai változásai, a reklám és a fogyasztói kultúra, vagyis tulajdonképpen a modern élet gyakorlatilag megkérdőjelezi az emberi test stabilitását, tárgyként szemléli a testet (Turner, 1997). Vannak azonban kultúrák, ahol a test és a lélek szétválaszthatatlan egységét hirdetik. Így például Japánban, ahol valószínűleg a sintoizmus hatásának tudható be, hogy a 2010-es évben csupán 10 szervátültetés történt, mivel a transzplantáció az orvosok és a betegek vallásos meggyőződése szerint mind a donor, mind a recipiens lelkét „megsérti” (Ishii és Hamamoto, 2009; Ocheltree, 2011).

## 2.5. A testi integritás érzése

A külső és belső testképünk összekapcsolása, a testélmény integrálódása a testképpel foglalkozó kutatások és a fenomenológia fontos vizsgálati területe, mely szorosan kapcsolódik a karteziánus gondolkodás cáfolatához. Testfelfogásunkat újragondolva Edmund Husserl (2000) megkülönböztette a *Leib* és a *Körper* fogalmát, mely egyazon tapasztalat két aspektusának tekinthető: utóbbi, mint téridőbeli objektum, a hús és a csont fizikai valósága, előbbi viszont a megélt, átélt testélmény. A testet kétoldalúság, szubjektív bensőség és objektív külsőség jellemzi, hiszen a belső testiség, a szubjektív működési módok a szervezetben és az objektív térben aktualizálódnak (Kicsák, 2010). Így a test egyfajta közvetítő médium a külső és belső világ, a természet és a szellem között. Husserl (2000) a testet, mint tér- és időbeli tájékozódásunk középpontját, megváltoztathatatatlannak tekintette, mely kijelentése a mai plasztikai sebészet és a különböző test-módosítási technikák elérhetősége idején már nem igazán állja meg a helyét. A transzplantált személy testében és lelkében is rengeteg változás történik. Az átültetett szerv köztes, átmeneti szerepet tölt be a test és a testen kívüli között. (Ezen átmeneti tárgyakat Lacan (1993) az „objet petit a”, Julia Kristeva (1982) az abjekt<sup>6</sup> megnevezéssel jelöli.) A donor jelen van a transzplantált szervben és az azzal kapcsolatos fantáziákban. Sérülnek a test- és az énhatárok, a test már nem kizárólagosan a páciens saját teste: tartalmaz egy idegen szervet, melynek tapintható valósága fenyegető közelségbe kerülhet.<sup>7</sup>

A testiség egészen új felfogásával Maurice Merleau-Ponty (2003, 2007) francia fenomenológus végleg szakít az ember újkori kettéhasítottságával. Értelmezésében az észlelés nem létezhet test nélkül. A test mindig „többet tud” nálunk, érzékel és érzékelhető is, testem által ragadom meg a Másikat és észlelem a dolgokat. A test nem dologszerű, nem passzívan túri, hogy a külvilág hatást gyakoroljon rá. A test és a körülötte lévő világ folyamatos kölcsönhatásban, interakcióban áll egymással, ahogy írja: „testem és a világ húsa kölcsönösen áthajlik és átlép egymásba” (Merleau-Ponty, 2007, p. 178.). Azaz, testem önmagához való viszonya kapocs saját magam és a dolgok között. „*Én vagyok a testem*” kijelentése nem azt

---

<sup>6</sup> Az „abjekt” jelzője mindannak, ami a szubjektumtól leválasztódik, ami tisztátalan és viszolygást kelt, vagy éppen szent és érinthetetlen (Kristeva, 1982).

<sup>7</sup> Az idegen testrészt élményét azonban nem csak a transzplantált páciensek élhetik át. Testdizmorfiás zavar esetén a beteget saját testrészének torz volta zavarja (Szabó, 2008). Erős szorongás kíséretében egy bizonyos testrészt idegennek, nem az én részeként éli meg. Az ismételt orvosi vizsgálatok negatív eredménye ellenére a páciensek sok esetben szükségtelen sebészi beavatkozásokon is átesnek. A pszichológiai beavatkozás célja ez esetben az, hogy a páciensben ne a testi hibákat korrigáltassa sebészeti beavatkozások révén, hanem a hibás percepció forrásait.

jelenti, hogy semmi más nem vagyok, csupán egy fizikális objektum, hanem hogy az eredeti pozíciómban, mint testi szubjektum jelenek meg (Gallagher, 2011). A testiség az engem konstituáló transzcendencia alapja. A transzplantált szerv jelenlétében azonban a „testi én” és az „én testem” sajátos viszonyba kerülhet egymással. A testi identitás módosul, a test és az én határai fellazulnak, mivel a transzplantált személy testi létezése tartalmaz egy idegen máságot. Vajon hogyan képes a transzplantált személy helyreállítani a test és a szelf közötti kapcsolatot, vagy a „testi én” és az „én testem” viszonyát az idegen szerv jelenlétében?

### 3. A „saját” és az „idegen” feszültsége

Ahhoz, hogy valaki lélektanilag képes legyen elfogadni a tényt, hogy egy idegen ember szerve kerül a testébe, szükségszerűen tudattalan fantáziákkal ruházza fel a donort, azaz azt a személyt, akinek az új szervet köszönheti (Consoli, 2012; Freedman, 1983). Ez abban az esetben is megtörténik, ha a recipiens előre közli, hogy nem akar semmilyen konkrétumot megtudni a donor kilétéről. Annak ellenére azonban, hogy a donor személye a realitásban ismeretlen marad (kivételt ez alól az élődonoros transzplantációk jelentenek), a pácienseknek feltétlenül szükségük van arra, hogy fantáziáljanak a kapott szervről és a donorról is, hiszen minden esetben létrejön valamilyen kapcsolat a befogadó, a transzplantált szerv és azon keresztül a donor között.

A transzplantáció után az új szerv azonnal mentális reprezentációt kap, és a belső tartalmakkal kapcsolatba lépve aktiválja azokat (Csabai és Erős, 2000). Amint arról korábban is szó volt, interdiszciplináris kutatásokkal igazolták, hogy a transzplantáció pszichés kihívásai a befogadó oldaláról intrapszichés konfliktusokat generálhatnak és megbonthatják a testkép integritását (Basch, 1973, Broadbent és mtsai, 2006; De Pasquale és mtsai, 2010; Ilić és Avramović, 2002; Schipper és mtsai, 2013). A létrejövő pszichológiai mechanizmusokat az én szervezettsége és az adott pillanatban fennálló regresszió foka befolyásolja. A szerv nem látható, rejtélyes, így a beteg könnyebben hagyatkozhat a fantáziájára, szabadabban használja a primér processzusokat. Az egyén érzelmileg megszállja, és introjektált vagy résztárgyakként kezeli a transzplantált szervet. Adott esetben a páciens destruktív jelentésűnek érzékeli az idegen testrészt, míg más páciens életadó tárgyként tekint az új szervre, amelyben azonosítódik bizonyos tárgyakhoz fűződő viszonya is. A donorral való szimbolikus kapcsolat által kiváltott szorongások, a transzplantációt követő tudattalan identifikáció problémái felszínre hozhatják a donorral kapcsolatos büntudat érzését is. Az idegen szerv jelenléte más részről regressziót indukál, amelynek hatására a transzplantált szerv antropomorfizálódik, egy másik emberi lény szimbolikus reprezentánsaként jelenik meg a páciens tudattalan működésében. A transzplantált személy úgy kezeli a résztárgy (az új szerv) belső reprezentációját, mintha az maga a donor, vagyis egy személy lenne. Bizonyos esetekben azonban a pszichés integráció nem történik meg, és a személy úgy érzi, hogy a transzplantált szerv egy idegen testrészt, ami testkép-zavart generál és – ahogy korábban is láthattuk - komoly pszichés megbetegedéseket, posztoperatív pszichotikus állapotot eredményezhet (Abram és Buchanan, 1976; Fukunishi, 1992; Mai, McKenzie és Kostuk, 1986). Ritkán megtörténik az is, hogy a beültetett szerv és a befogadó



közötti pszichés konfliktus olyan fiziológiai változásokat idéz elő, amely kilökődéshez, néhány esetben pedig a recipiens halálához vezet (Basch, 1973).

A szerv működését tehát negatív irányban befolyásolja, ha a fent említett relációk megoldatlanok maradnak. Ennek tudatában azt mondhatjuk, hogy a pszichológiai tényezők is felelősek a rejekciós epizódok, azaz a szerv kilökődésének intenzívebbé válásában, vagy akár annak a biológiai folyamatnak az elkezdődéséért, amely a kilökődést elindítja.

### 3.1. A szerv pszichés integrációjának folyamata

A transzplantált szerv immunológiai és pszichológiailag is idegen a befogadó számára. A transzplantációs műtét kiterjeszti az énképet: az idegen szervnek, ami korábban „nem-én” volt, az én részévé kell válnia (Csabai és Erős, 2000). Az idegen szerv testképünkbe való integrációjának jelentőségét – amely az érzelmi és pszichológiai jólétünk feltétele – több szerző is hangsúlyozta (Basch 1973; Castelnovo-Tedesco 1973; Látos és mtsai, 2012a, 2012b; Shimazono, 2013).

Muslin (1971) saját klinikai megfigyelésére támaszkodva a vesetranszplantáción átesett személyeknél az „idegen test” problematikájának megoldását az internalizáció folyamatában látja. Ide tartozik minden olyan folyamat, amelynek során a személy az objektív, valós tapasztalatokat és a benne lejátszódott, fantáziált interakciókat belsővé teszi, ami a szelf változásához vezet (Mentzos, 2005). A kezdeti szakaszt – amikor a szerv még elkülönül az éntől – furcsa és kellemetlen érzések jellemzik (Muslin, 1971). A következő, átmeneti szakaszban a szerv az „én” és a „nem-én” között helyezkedik el a páciens fantáziájában. Winnicott (1953) szavaival élve a transzplantált szerv a külső és a belső világ találkozási pontján az átmeneti tárgy szerepét tölti be, amellyel szemben hol destruktív kitörései, hol szeretet-megnyilvánulásai vannak. A páciens – a kisgyermekhez hasonlóan – az átmeneti tárgy segítségével tapasztalja meg az én és nem én határait. Goetzmann (2004) 20 tüdőtranszplantáción átesett páciens adatainak kvalitatív elemzése során kimutatta, hogy a szerv és a donor még évekkal a transzplantáció után is az átmeneti tárgy szerepét töltheti be. A harmadik szakaszban megtörténik a teljes internalizáció: a páciens inkorporálja a transzplantált szervet a testképébe. Az inkorporáció alapjául szolgáló tárgykapcsolatoknál a szelf és a tárgy (=szerv) differenciálatlan, nem különül el egymástól. A páciens ezután nem fordít rá

különösebb figyelmet, kivéve, ha valamilyen krízis, például rejekciós (kilökődési) epizód következik be.

Más kutatók szerint a szerv pszichés befogadásának folyamatát elősegítheti az idealizáció tudattalan mechanizmusa, amely arra szolgál, hogy biztosítsa a szervvel és a donorral kapcsolatos pozitív érzelmek és fantáziák kialakulását és fennmaradását, mivel a személyiség csak pozitív tartalmat képes pszichésen inkorporálni (Consoli, 2012; Decker, Lehmann, Fangmann, Brosig és Winter, 2008; Vamos, 2010). Valójában tehát egy különös tárgykapcsolat jön létre donor és recipiense között, amelyben a donorszerv „idealisztikusan jó tárgy”. A kezelőszemélyzet pedig ösztönösen támogatja ezt a pozitív idealizációt, biztatják és bátorítják a beteget, felvázolva előtte egy jobb élet lehetőségét. Ez a támogatás azért is szükséges, mert a megelőző életszakasz kimerítette a páciens pszichés kapacitását, így a kívülről jövő szuggesztív erejű tartalmak valójában a tudattalan fantáziáinak pozitív átmunkálását is indukálják. A recipiens és a kezelőszemélyzet kommunikációjában pedig mindezen pszichés tartalmak jelen vannak.

Stephanos (1980) kiemelte, hogy a kezelőszemélyzet és a beteg közötti érzelmi interakciókat korai tárgykapcsolati mintázatok határozzák meg. Bálint (1967/1994) elképzeléseire, a Winnicott-féle holding és „facilitáló környezet” (Winnicott, 1965, 2004) fogalmaira építve és azokat kitágítva Stephanos (1980) olyan modellt hozott létre, amely a kórházi osztályon dolgozó gyógyító team által végzett kezelések tárgykapcsolati hátterét tisztázza. A beteg tárgykapcsolataiban beállt változások pedig, amit a pszichológus, mint átmeneti tárgy facilitálhat, befolyásolhatják a gyógyulási folyamatokat (Engel, 1975; Csabai, 2010).

Annak a ténynek az elfogadása, hogy valakinek a halála szükséges ahhoz, hogy a páciens életben maradjon, komoly pszichés erőfeszítést okoz, amely több kutató szerint lélektanilag a saját, narcisztikus érzelmek mozgósításával oldható fel (Consoli, 2012; Pálóczi és Tari, 2003; Tari, é.n.). A narcisztikus tendenciák felerősödése szükséges ahhoz, hogy a beteg képes legyen konstruktívan látni ezt a folyamatot, súlytalanítsa benne a saját tudattalan és tudatos vágyát, ami egy másik ember halálának mielőbbi bekövetkezésével kapcsolatban keletkezik. Ez azonban nem feltétlen jelenti azt, hogy a beteg tudattalan fantáziájában is feloldást nyer ez a dilemma. A szerv pszichológiai el- és befogadásában nagy szerepet játszik, hogy mennyire sikeres a fenti pszichés tartalom átdolgozása. Ez sokszor a felszín alatt, nem látható módon zajlik: a recipiens nem mindig beszél ezekről az érzéseiről, azonban a fantáziatevékenységében megjelenik.

A szervátültetés eltérést okoz a normál, megszokott állapottól, és ahogyan a sebészi heg is emlékezteti a beteget a transzplantációra, úgy a pszichológiai sérülés sem tűnik el nyomtalanul. Shimazono szerint (2013) a korábbi, dualista elgondolások eltörölték a testet, mint a „pre-objektív” tapasztalat forrását és a transzplantáció utáni testi tapasztalatok dimenzióját (Merleau-Ponty 2003, Shimazono, 2013). A korábbi megközelítések figyelmen kívül hagyták, hogy a recipiens gyakran érzi az idegen test jelenlétét. Furcsa, új testi érzetekkel kell szembesülnie: látja a műtéti heget, érzi a beültetett szerv tömegét, jelenlétét. A vesetranszplantált a bőrén keresztül sokszor megérinti a szervet, így kapcsolatot tud létesíteni az újonnan behelyezett testrészsel. A beültetett graft súlya, terjedelme, az általa kifejtett nyomás és húzódás mind az „idegen” szerv jelenlétére utalnak. A műtéti heg alatt megbújó szervvel a recipiens érzékekkel teli kapcsolatot teremt. Többször előfordul, hogy a transzplantáltak simogatják a veséjüket és beszélnek hozzá: „dolgozz szépen”, „szűrd ki a méreganyagokat a szervezetemből”. Az érintés és a beszélgetés gyógyító hatására hívja fel a figyelmet Shimazono (2013) is, mely által az idegen szerv vendégszerető, befogadó környezetbe kerül, áthidalva az „én” és a „nem én” határait. A „betolakodó” jelenléte nem csak az elidegenedés, hanem a kiteljesedés forrása is lehet.

### 3.2. Terápiás célok és lehetőségek: a koherens szelf létrejötte

A transzplantáció előtt és vagy azután alkalmazott pszichológiai támogatás, amely segíti a pácienszt a feltörő érzések és az új élethelyzet elfogadásában, egyre több szerző szerint nagymértékben csökkenti a szervkilökődés veszélyét (García-Llana és mtsai, 2010; Ilić és Avramović, 2002; Látos és mtsai, 2012b, 2012c; Nilsson, Persson és Forsberg, 2008; Rodrigue és mtsai, 2011). A klinikai tapasztalat és a kutatások is azt mutatják, hogy a személyközpontú megközelítés, a rogersi technikák (Rogers, 2008) alkalmazása, vagyis a feltétel nélküli elfogadás és az empátiás kommunikáció, az egyén tisztelete könnyebbé teszi a beteg számára az új tapasztalatok, élmények elfogadását. Azáltal, hogy a pszichológus megérti és elfogadja a páciensben megjelenő érzéseket, élményeket, tapasztalatokat, félelmeket, azok, egyúttal könnyebben integrálhatók válnak. A szelf így kevésbé lesz sérülékeny és a páciens nagyobb bizalommal fordul a transzplantáció felé, könnyebben fog alkalmazkodni a műtét utáni helyzethez. Klinikai tapasztalatok mutatnak rá, hogy azok a páciensek, akik a műtét előtt rogersi technikára épülő, személyközpontú intervencióban vettek részt, a műtét után

gyorsabban, könnyebben alkalmazkodtak az új élethelyzet által kiváltott pszichológiai, szociális és egészségügyi nehézségekhez (Consoli, 2012). Nagyobb biztonságban érzették magukat, motiváltabbak voltak az operációra, könnyebben alávetették magukat a szükséges orvosi beavatkozásoknak és az időszakos ellenőrzéseknek, egyszóval kedvező irányban befolyásolható a páciensek együttműködése és megelégedettsége. Devine (1992) sebészeti beavatkozásokon átesett betegek körében végzett 191 tanulmány metaanalízisét végezte el, melyben az 1963 és 1989 között publikált pszichológiai intervenciós vizsgálatok hatásosságát mutatta ki a gyógyulás, a csökkent posztoperatív fájdalom és az átélt stressz tekintetében.

Néhány kutatás már beszámolt a műtétre váró, krónikus veseelégtelenségben szenvedő páciensek körében alkalmazott szupportív, pszichoedukatív technikák eredményességéről (Ye, Hu, Yao és Chen 2011; Rodriguea, Bazb, Widowsc és Ehlersd, 2005; Rodrigue, Mandelbrot és Pavlakis, 2011). Az életminőség pozitív alakulását célzó terápiák jó eredményeket mutatnak a vese- és májátültetésre váró személyek körében (Rodriguea és mtsai, 2005, 2011). Szorongáscsökkentő hatással bír, ha a várólistán lévő páciensek a transzplantációval kapcsolatos gondos egészségügyi tájékoztatásban részesülnek (Ye és mtsai, 2011). Az intervenció hatására csökkent a depresszió és a szorongás mértéke, a páciensek pozitívabban vélekedtek betegségükkel kapcsolatban, ami szintén felhívja a figyelmet a megfelelő kommunikációs technikák és a pszichoedukáció fontosságára.

A transzplantáció utáni pszichés vezetés alkalmával lehetőséget kell biztosítanunk a páciens számára, hogy kifejezhesse esetleges negatív érzéseit, élményeit: dühét, csalódottságát, irigységét mások felé, akik egészségesek; a donor felé érzett büntudatát, aggodalmait saját egészségével és saját testével kapcsolatban, a kilöködéstől való félelmeit, a jövő felé irányuló elvárásait, a társas kapcsolatok átalakulása miatt érzett szorongásait (Consoli, 2012). A szakember feladata pedig feltétel nélkül elfogadni a páciens élményeit és tapasztalatait, ezáltal elősegítve a koherens szelf létrejöttét. A kliens introjektálja a segítő attitűdjét, ezáltal a korábban fenyegető, „rossz” érzések elfogadhatóvá, a szelf részévé válnak. Egyfajta korrekzív emocionális élményről (Alexander, 1956) beszélhetünk, amely lehetővé teszi az egyén számára, hogy komplexebb módon ismerje meg és fogadja el saját magát. Az új tapasztalatok integrációja révén a szelf korábbi struktúrája módosul, a testkép újjáalakul és egy rugalmas, realiztikus szelf jöhet létre. A kliensközpontú terápia a gyógyító személyzettel való együttműködésre is pozitív hatást gyakorol, ugyanis a páciensek jobban követik az orvosi utasításokat, pontosan szedik a gyógyszereket, és nem halasztják el a kontrollvizsgálatokon való megjelenést sem. A transzplantációs várólistán lévő betegek pszichológiai szűrésével

pedig előre jelezhető lenne, hogy a páciens személyisége képes-e tolerálni a transzplantációt kísérő komplex tapasztalatot, vagy ez az élmény megbontja a személyiség integritását, ezzel veszélyeztetve magának az idegen szervnek a befogadását.

A transzplantáció pszichés vonatkozásának tárgyalásakor nem hagyhatjuk figyelmen kívül a halállal és az ismeretlen donorral kapcsolatos érzéseket és gondolatokat sem. Továbbá a rejekeciótól (a vese kilökődésétől), a transzplantált vese elvesztésétől való félelemmel (anticipált gyász), a megváltozott testképpel és a gyógyszerek mellékhatásaival is meg kell küzdeniük a szervátültetésen átesett pácienseknek. Számos esetben a sorstársak, barátok elvesztését is át kell élniük, akikkel hosszú időn keresztül együtt bíztak a kezelés sikerességében. A tehetetlenség, a veszteség és a gyász érzése dializált pácienseknél is megjelenhet (Engel és Schmale, 1967). A betegség, az elvesztett testi funkciók feldolgozása ugyanolyan gyászmunkát igényel, mint egyéb tárgyvesztés, ezért a transzplantáció előtt és után végzett pszichológiai segítségnyújtás különösen fontos. Csontvelő transzplantáción átesett pácienseknél már tapasztalták, hogy a művészetterápia sikerrel alkalmazható az érzelmi konfliktusokkal, az élet és a halál kérdéseivel való megküzdés terén (Bonnie és mtsai, 2001). A daganatos páciensek körében végzett művészetterápia hatékonyságát is több kutatócsoport is igazolta: csökkenti a depresszív és szorongásos tüneteket, illetve a fájdalom és fáradtság érzését is (Bar-Sela, Atid, Danos, Gabay és Epelbaum, 2007; Monti és mtsai, 2006; Nainis és mtsai, 2006). Az életminőség javítása érdekében Baines, Joseph és Jindal (2002) 49 vesetranszplantáción átesett páciensnél pszichoterápiás elveken alapuló intervenciót végzett tizenkét héten keresztül. Az emocionális állapot változásának nyomon követésére Beck Depresszió Kérdőívet (Beck, Ward, Mendelson, Mock, és Erbaugh, 1961) alkalmazták a terápia előtt és alatt, majd háromhavonta újra tesztelték a vizsgálati személyeket egy éven keresztül. A kvalitatív elemzésben csoportosították a terápiás térben megjelenő érzéseket. A betegek visszatérően három fő problémát említettek: (i) a kilökődéssel kapcsolatos félelmeket, (ii) a sikeres veseátültetés után megjelenő ambivalens érzéseket és veszteségélményeket, valamint (iii) az átültetett szerv pszichológiai integrációját. Eredményeik szerint a félelmek sikeres feldolgozása összefüggésben állt a depressziós értékek csökkenésével. Már a várólistán lévő betegeknél is kiemelt jelentőségű az érzelmi és hangulati állapotra való odafigyelés, mivel a szorongás és a depresszió mértéke a várólistán töltött idővel párhuzamosan nő (Corruble és mtsai, 2010).

A páciensnek el kell gyászolnia egészséges énjét, ki kell dolgoznia egy adaptív szelfet, mely képes a betegség, a beteg énrész integrálására. A veseelégtelenségben szenvedő páciensek körében végzett tanácsadás, terápia egyik fontos célja, hogy megszólaltassa a fájdalmas

érzéseket, és segítse feldolgozásukat. Ez a folyamat azonban nem könnyű. A szervátültetett betegek paradox érzéseket élnek át: egyrészt az ismeretlen donor halála miatt érzett gyász érzésével küzdenek, másrészt a várva várt transzplantáció sikerének örülnek (Baines és Jindal, 2003; Craven, Rodin, Johnson és Kennedy, 1987; Vamos, 1997). Egy longitudinális vizsgálatban 25 vesetranszplantált páciens pszichés állapotát tanulmányozták, akik a sikertelen szervátültetés és graftvesztés után ismételten visszatértek a dialízishez (Streltzer, Moe, Yanagida és Siemsen, 1983). A páciensek többsége beszámolt arról, hogy fel kellett dolgozniuk azt a veszteséget, melyet a transzplantált szerv kivétele után átéltek.

A gyász érzése mellett a túlélők büntudatával is küzdenek a szervátültetésen átesett személyek. Ennek elméletét először Freud (1917/1997) írta le *Gyász és melankólia* című művében. A túlélő büntudat-érzésének gyakori kísérője a depresszió, a szorongás, az alvászavarok, a jelen és a jövő iránti érdeklődés elvesztése. Freud klinikai munkája során feltételezte, hogy a gyászreakció háttérében a libidóobjekt elvesztése áll (tárgyvesztés), amely a gyászmunka során internalizálódik, és az én struktúrájának részévé válik (identifikáció). Amennyiben a tárgy iránti érzelmek ambivalensek voltak (transzplantáció után gyakori, akár ismert a donor kiléte, akár nem), a gyászfolyamat komplikálttá válik, és az elhunyt iránt érzett kifejezhetetlen harag az énré irányul. Így lesz a tárgyvesztésből érvessztés, azaz melankólia.

Melanie Klein (1935) szerint a depresszív szorongások a korai énefejlődés „depresszív pozíció”-nak nevezett szakaszához kapcsolódnak az első életév során. Amikor az énefunkciók fejlődése nyomán a szelf és a tárgyképzetek elkezdenek integrálódni, a kisgyerek „rájön”, hogy az őt tápláló és az őt időnként elhanyagoló tárgy egy és ugyanaz, és megérzi függőségét és kiszolgáltatottságát. Ugyanakkor azt is megéli, hogy agresszív, fantáziabeli támadásai és egyidejű szeretete ugyanazon internalizált tárgy ellen szelfjének részét jelentik, ami a büntudat kialakulásához vezet, és helyreállítási törekvéseket indít be. Julia Kristeva (2007) koncepciójában a melankólia és a képzelet eredetének összefüggéseire hívta fel a figyelmet.

A gyász és a melankólia dinamikájának pszichoanalitikus felfogása rámutat, hogy legyen szó akár egy általunk szeretett ember, akár egészségünk elvesztéséről, minden esetben foglalkoznunk kell a veszteség következtében tapasztalható krízis állapotával. A veszteség tényének kognitív és emocionális elfogadása több fázison keresztül zajlik, amely számos nehézséggel járhat együtt, és komplikálhatja a feldolgozás folyamatát (Kast, 2002; Kübler-Ross, 1988). Ha valamelyik szakaszon nem sikerül túljutni, annak számos aktuális és múltbeli oka lehet. Ez utóbbi például életünk első gyászfolyamatának, a Margaret Mahler (1971) által leírt szeparációs-individuációs folyamatnak, vagyis a korai énefejlődésnek a megoldatlanságából

fakadhat, hiszen minden veszteségünk feleleveníti a kitörölhetetlen korai hatásokat (Kast, 2000).

A halál kérdése önmagunkhoz és a világhoz való viszonyunk felülvizsgálatát követeli, ami a transzperszonális dimenzió (újra) megnyílásához vezethet az egyén számára, és lehetővé teszi az autentikusabb lét megélését (Jaspers, 1987). A mai világ embere, bár nap nap után szembesül a halállal, vehemensen tagadja is azt. A modern orvostudomány szerint az ember „javításra szoruló gép”. A betegek a kórházak elszemélytelenedett fehér falai között, a család és a barátok jelenléte nélkül mennek el. Jaspers (1971, 1987) szerint halál-határhelyzetnek tekinthető, amikor az ember rádöbben saját egzisztenciájának végességére, és lefoszlik róla minden olyan civilizációs burok, ami illuzórikus védelmet kínált a végső kérdések megválaszolatlansága okozta szorongások ellen. A beteggé válás traumatikus tapasztalat, mely többek között a testi integritás és a szelfintegritás sérülésével, a szelf fragmentálódásával jár együtt (Csabai és Erős, 2000). Ennek következtében a test és testhez való viszony kulcsfontosságúvá válik a feldolgozás során, mely a szelf integrált élményéhez vezethet. A páciensnek a betegséggel vívott harc során rá kell döbennie, hogy az „ellenség” belül van, a betegség már az ő saját része, így érdemi befolyással bír ellene (Pintér, 2013). Ha a páciens rájön, hogy a betegség nem csak megtörténik vele, hanem ő maga is képes formálni ezt a tapasztalatot, ez hozzásegíti őt ahhoz, hogy ne passzívan élje át a beteglét tapasztalatát, hanem kontrollt gyakorolva aktívan formálja saját énképét. „A betegség nem a természet ellenében ható lényegiség, hanem maga a természet, ám ellenkező irányú folyamatban” (Foucault, 2000, p. 25.). Nem csupán az egyes funkciók eltompulása vagy a képességek elsorvadása történik; nem pusztán rombol, nyomatékosít is (Foucault, 2000). Valójában menekülési reakciók és elhárító mechanizmusok összessége, amivel a páciens valótlanítja jelenét. A kór egyik leglényegibb dimenziója az a mód, ahogy a személy elutasítja vagy elfogadja azt. Sokszor a páciens nem ismeri fel önmagát betegségében, megállítja betegségét a teste határain és csak az objektív, organikus szimptomákra fókuszál.

A betegség okozta krízis és annak feldolgozása túlmutat a medikális dimenzió látókörén. A szenvedést átformáló, a trauma következtében fellépő megújító erő jelentőségéről szóló legendák már az ősi zsidó, görög és keresztény kultúrában, az iszlám, buddhista és hindu vallásokban is fellelhetők. A trauma következtében megrendülnek az addig stabilnak hitt kognitív sémák, megkérdőjeleződik a hiedelmek és feltevések átfogó rendszere, amelyben értelmezni tudtuk az eseményeket (Tedeschi és Calhoun, 2004). Az értelem akarásának középpontba állításával a fenomenológiai szellemiségű terápiás irányzatok (Frankl-féle

logoterápia, Yalom-féle egzisztencialista pszichoterápia, Daseinanalízis) szerint a lehetetlennek tűnő nehéz élethelyzetekből az egyetlen kiút, ha autentikusabbá tesszük a létezését. Az összeomlás a sémák átstrukturálására serkenti az embert (Tedeschi és Calhoun, 2004). A poszttraumás növekedést (PTN), a traumaként megélt eseménnyel való küzdelem folyamán bekövetkező pozitív változásként határozták meg. A fogalmat Tedeschi és Calhoun vezette be 1996-ban. A poszttraumás növekedés az élet öt területén nyilvánulhat meg: (1) a jelentéstelibb társas kapcsolatok keresése, mások segítségének elfogadása, (2) új lehetőségek, életpályák felfedezése, illetve azoknak a dolgoknak a megváltoztatására való törekvés, amiken tud változtatni, (3) a személyes erő és a sérülékenység egyidejű átélése, (4) nagyobb érzékenység az egzisztenciális, spirituális kérdésekben, és (5) az élet fokozott megbecsülése, az értékrend megváltozása.

A poszttraumás növekedés jelenségét több ízben kimutatták rákos megbetegedésben szenvedők között (Cordova, Cunningham, Carlson, és Andrykowski, 2001; Kashdan és Kane, 2011; Morrill és mtsai, 2008; Sumalla, Ochoa és Blanco, 2009). A kutatók érdekes eredményeket kaptak a fizikális jóllét és a PTN összefüggéseit vizsgálva. Szívinfarktuson átesett páciensek körében végzett felmérés igazolta, hogy azok, akik kifejezett poszttraumatikus növekedést éltek át a betegségük következtében, hosszabb ideig maradtak életben, mint akik semmiféle pozitív fejlődésről nem számoltak be (Epel, McEwen és Ickovics, 1998). A traumatikus életeseményt átélt nők közül pedig azok, akik PTN-t éltek át, a vizsgálati stresszhelyzetet követően gyorsabban regenerálódtak, mint azok a hölgyek, akik nem számoltak be poszttraumatikus növekedésről (Bower, Kemeny, Taylor és Fahey, 1998). A kutatók ezért felhívják a segítő foglalkozású szakemberek figyelmét a jelenség facilitálására (Segatto, Sabiston, Harvey és Bloom, 2013; Wang, Wang és Liu, 2012). Bár a vesebetegség és a transzplantáció negatív következményeiről több tanulmány számot ad, az esetleges poszttraumatikus növekedés lehetőségét csupán néhány kutatásban vették szemügyre (Ratcliff, 2007; Segatto, Sabiston, Harvey és Bloom, 2013; Yorulmaz, Bayraktar és Özdilli, 2010). Az eredmények tekintetében a poszttraumatikus növekedés fontos protektív faktor lehet a gyógyulás kontextusában, a pszichológiai és egészségügyi kimenetelt is figyelembe véve.



## 4. Projektív rajztesztek a testkép, a pszichés konfliktusok és a betegségpercepció vizsgálatához

A transzplantáció által indukált intrapszichés konfliktusoknak a feltérképezése kihívást jelent a kutatók számára. Mint azt a második és harmadik fejezetben láthattuk, csupán kérdőíves eljárások alkalmazásával nem igazán tudták megragadni a szervátültetés pszichés háttérét. A komplex jelenség vizsgálatára a téma szakértői a kevert, kvalitatív és kvantitatív kutatási módszert javasolják, mely segítségével pontosabb eredményeket kapunk a krónikus betegségben szenvedő, transzplantált páciensek pszichés állapotáról (Baines és Jindal, 2003; Broadbent és mtsai, 2004; De Pasquale és mtsai, 2010; Nesci és mtsai, 2001). A kvalitatív technikák között szerepelnek többek között a rajztesztek is, melyeket az utóbbi években sikerrel alkalmaztak különböző súlyos, krónikus betegségek pszichológiai összefüggéseinek feltárására.

### 4.1. A projektív rajztesztek előnyei

A rajztesztek elemzésével egy olyan újszerű kutatási módszert nyerhetünk, mely alkalmas a pszichés konfliktusok, a testkép és a betegségpercepció vizsgálatára (Broadbent és mtsai, 2004; Guillemín, 2004; Vass, 2006). Az emberrajz-teszt a világon máig is leggyakrabban alkalmazott rajzteszt, hiszen közvetlen projekciós felületet ad a rajzoló számára. Goodenough (1926) először gyermekeknél alkalmazta az emberalak-rajztesztet (Draw-A-Man, DAM) a kognitív érettség vizsgálatára. A tesztről azonban kiderült, hogy képes felfedni a tudatos és tudattalan indítékokat, a személyiség dinamikáját, vagyis objektivizálódik benne a szubjektum önképe (Bagdy, 1988). Machover (1949, 1951) módosította az eredeti tesztet (Draw-A-Person, DAP), és felnőttek pszichoanalitikus irányultságú vizsgálatában alkalmazta. Koppitz (1983) új alapokra helyezte a módszert (Human Figure Drawing, HFD), olyan emocionális indikátorokat keresve, amelyek az egyéni fejlődést, növekedést vagy adott esetben emocionális konfliktust jelezhetnek.

A rajzvizsgálat oldja a személy feszültségét, így elősegíti a terápiás kapcsolatteremtést (Vass, 1996). Ugyanolyan jól alkalmazható a kevésbé művelt és iskolázott, alacsonyabb szociokulturális háttérrel rendelkező személyek vizsgálatakor, mint a félénk és visszahúzódó

egyéneknél. Az erősen ellenálló személyek pedig kevésbé tudják ellenőrzésük alá vonni a róluk kialakuló képet, amikor rajzolnak, mivel a verbális kifejezés könnyebben kontrollálható, mint az a projektív szint, mely a rajzvizsgálat során aktivizálódik. Ha a személy ennek ellenére megpróbálja tudatosan manipulálni a rajzot, az túlzott figyelemmel pl. rádirozgatással, átsatírozással jár, mellyel csak felhívja a figyelmet a probléma jellegére. Továbbá a rajztesztek nem okoznak iatrogén ártalmat, nem ragasztanak diagnosztikus címkét a rajz készítőjére, egyszerűen elvégezhetőek, nem költségesek, nem időigényesek. A régebben készített rajzok pedig ugyanúgy elemezhetőek, mint az aktuálisan készítették. Nem szükséges jegyzőkönyvet készítenünk a tesztfelvétel során, így a vizsgálati személy teljesítménye nem szűrődik át a vizsgálatvezető személyiségén (saját személyes konfliktusain), mivel a mozgásfolyamat azonnal rögzítődik a papíron.

A rajztesztek hagyományos alkalmazási területei közé tartozik az énkép és a testséma vizsgálata, az énerő, az elhárító mechanizmusok típusai, a regresszió és a traumák vizsgálata (Bagdy, 1988; Vass, 1996, 2006, 2011). A betegségfelfogás és a pszichés konfliktusok értékelésének szintén egyik legjobb módja a projektív rajztesztek alkalmazása (Broadbent és mtsai, 2006). A verbalitáson alapuló kérdőíves technikákkal szemben a rajzok eredményesebben alkalmazhatók továbbá a mozgásterápiák hatékonyságának vizsgálatában is (Horwitz, Kowalski, Theorell és Anderberg, 2006). A projektív rajztesztek előnyei között a személyiség mélyebb rétegeibe való betekintés jelentőségét és a módszer komplexitását emelik ki (Vass, 2011). A klinikai tapasztalatok alapján az alakrajz-teszt kiválóan alkalmazható a pszichoszomatikus betegségek megértésében is (Bagdy, 1988, Broadbent és mtsai, 2004; Petrie és Weinman, 2012; Reynolds, Broadbent, Ellis, Gamble és Petrie, 2007). Előnye, hogy a testkép, a szelf és a regresszió vizsgálatában kimagaslóan hatékony, viszonylag egyszerűen felvehető, és eszközigénye is kevés. A rajzokat emiatt széleskörűen használják a kórházi pszichoterápiás rendeléseken és a klinikai vizsgálatokban is.

Fontos kitérnünk a művészi tehetség és a kézügyesség fogalmára is. A művészi tehetség általában együtt jár a kézügyességgel, a kézügyesség azonban nem feltétlenül hozza magával a tehetséget. Kaplan (1991) szerint egyiknek sincs jelentős mértékű befolyása az alkotásra, mivel nem elégséges feltételei a differenciált rajzok létrejöttének, bár mindkét változó jól azonosítható. Az ember testi-lelki állapota szintén rávetíti bélyegét az alkotásra. Hárdi (2002, 1998) egészségesekkel végzett megfigyelései azt mutatják, hogy a rajzok csak erős hatásra változnak, lényegét tekintve stabil jellemzőkkel bírnak. Természetesen a gyakorlásnak és a foglalkozásnak hatása lehet a rajzra, például ha valaki rajztanár, mérnök, vagy tervező, a papír

és a ceruza nem lesz idegen a számára, így jobban teljesítenek a feladatban. Időseknél pedig a megváltozott pszichomotorium hagyhat nyomot a vonalvezetésben. A legfontosabb szerep mégis a személyiségnek jut, mivel a fent említett tényezők csak az ember személyiségén átszűrve valósulhatnak meg. Ezáltal a megalkotott kép a tudattalan megismerésére is lehetőséget nyújthat, a személyiség mélyebb rétegeiről is számot ad.

Az alkotói folyamat során színek és formák kapcsolódnak szavakhoz, viselkedésmódokhoz, emberi történetekhez (Buda, é.n.). Az alkotási folyamat dinamikáját Freud (1908/1998; 1930/1982) szerint a fantáziatevékenység, a szublimáció és a vágyak áttételes kielégítése határozza meg. Freud elgondolása szerint az alkotói tevékenység a tudattalanban gyökerezik, mely feltételezi az elsődleges folyamatokhoz való formai és az infantilis vágyakhoz való tartalmi regressziót. Az alkotási inspiráció során az elsődleges folyamatok időlegesen túlsúlyba kerülnek az én szolgálatában álló regresszió során (Kris, 1998). A pozitív pszichológia nézőpontja szerint a művészet lelki energiafordítás nyomán áramlatélményt (flow) idéz elő, ez pedig együtt jár az én fejlődésével, összeszedettségével és a lelki energiái fölötti hatalom megszerzésével (Csíkszentmihályi, 2008). Freudhoz hasonlóan Bálint Mihály (1968/1994) is a tudattalan tükröződését kereste az alkotásban. A művészi produktumok mellett az alkotás tárgykörébe sorolja a matematikát, a szellemi felfedezést, a filozófiát, de „a testi vagy lelki megbetegedés kezdeti szakaszát és a betegségből való spontán gyógyulást” is (Bálint, 1967/1994, p. 30.). A beteg általában menekül valami elől vagy rohan valami felé, keresi a biztonságot, ahol nem zavarják a konfliktusok. Amit létrehoz, azt egyfajta alkotásnak is nevezhetjük. Bálint szerint ha ezeket az alkotásokat jobban szemügyre vesszük, alaposabban megismerhetjük a lélek ezen területét is. Korábban a művészet a lelki betegek gyógyításában gyakorlati szempontból nem jeleskedett, legfeljebb a királyi udvarokban szolgált a zene a gondok elűzésére (Buda, é.n.). A művészet csupán a második világháború után került be a pszichoterápia eszköztárába (a súlyosabb betegeket hagyták rajzolni vagy agyagot gyúrni, gipszet önteni).

Guillemin (2004) szerint a rajzok elemzése nagyon izgalmas feladat, egy olyan újszerű kutatási módszer mely segítségével megvizsgálhatjuk és elemezhetjük az egyén betegségről alkotott képét. Longitudinális tanulmányában 32 szívbetegségben szenvedő nőt arra kért, hogy rajzolják le a betegségüket. A rajzokat több szempontból is szemre vételezte: először a szívét helyezte a középpontba, másodszer a szív és a test viszonyát vizsgálta, végül pedig a szívbetegséget, mint társadalmi jelenséget elemezte. A rajz a szerző szavával élve a testet öltött betegség, egy olyan erőteljes és elven produktum, melyben tükröződik minden fájdalunk.

Nem gondolja azonban, hogy a rajzok koherens produktumai vagy stabil reprezentációi lennének a szívbetegségnek. Sokkal inkább úgy véli, hogy a képek arról árulkodnak számunkra, hogy hogyan éli meg, hogyan fogja fel a páciens a betegségét. A nők saját szívbetegségükről készített rajzaik olyan történelmi ötvözetek, amelyek magukban foglalják egyrészt a fizikális tüneteket, másrészt az orvos-beteg interakciókat, valamint kulturális metaforái a szívnek és a szívbetegségnek. Viszont nem stabil produktumok, nem képviselik egységesen a szívbetegséggel kapcsolatos „laikus” tudást. Sőt, nem állandó vagy megváltoztathatatlan, de egy pillanatra stabil, egy adott térben és időben a beteg szívbetegségének megtestesülési módjai.

Egy új-zélandi munkacsoport eredményei is megerősítik az a megállapítást, mely szerint a rajztesztek alkalmazásával olyan innovatív technikát lehet kidolgozni, amelynek segítségével pontosabb képet kaphatunk a páciensek betegséggel kapcsolatos hiedelmeiről és attitűdjeiről, amelyek prediktívek is lehetnek a felépülés és a túlélés tekintetében (Broadbent és mtsai, 2004; Petrie és Weinman, 2012). A kardiológiai központ szívelégtelenségben szenvedő pácienseinél rajztesztet alkalmaztak a pszichés és a klinikai állapot összefüggéseinek a megállapítására (Broadbent és mtsai, 2004; Petrie és Weinman, 2012; Reynolds, Broadbent, Ellis, Gamble és Petrie, 2007). A pácienseket megkérték, hogy rajzolják le a szívüket, ahogyan azt elképzelték a betegség előtt, illetve utána. Eredményeik alapján azok a betegek, akik nagyobb rajzot készítettek, szignifikánsan kifejezettebb szorongásról számoltak be a szívükkel kapcsolatban. Azok a páciensek, akik valamilyen sérülést is megjelenítettek a lerajzolt szervben, sokkal mélyebb depressziót éltek át, a betegségükkel kapcsolatban negatívabb attitűdökkel rendelkeztek, és több idő eltelté után tértek csak vissza a munkájukhoz, mint azok, akik károsodás nélkül jelenítették meg a szervet. A laboratóriumi eredmények (nátriumszint, BNP=igazolt neurohumoralis aktiváció) és a rajzteszt sajátosságai (rajzterület) között is összefüggések mutatkoztak. Kiemelendő, hogy a szívre rajzolt károsodás jobban jelezte előre a páciens felépülését, mint bármely más orvosi mutató. A vizsgálat felhívja a figyelmet a pszichoedukatív technikák alkalmazására, amelyek segítségével csökkenthetjük a páciens negatív attitűdjeit betegségével kapcsolatban, ezáltal előmozdíthatjuk a gyógyulási folyamatot.

Krónikus fejfájással küzdő páciensek körében szintén rajztesztet alkalmaztak a betegségpercepció megragadására (Broadbent, Niederhofferb, Haguec, Cortera és Reynolds, 2009). Az elemzés során kategorizálták a rajzokat, rögzítették a rajz méretét, illetve a rajzok világos/sötét tónusát is értékelték. Eredményük szerint azoknál a pácienseknél, akik úgy rajzolták le a fejüket, mintha egy külső erő lenne rá hatással, szubjektíve nagyobb fájdalmat

éltek át, és inkább a stressznek tulajdonították betegségüket. A sötétebb rajzok összefüggésben álltak a nagyobb emocionális distresszel. A rajzok nagyobb területe pedig súlyosabb tünetekkel, a betegséggel kapcsolatos negatívabb következményekkel, magasabb depressziószinttel, alacsonyabb vitalitással és nagyobb fájdalommal korrelált.

Vastagbélrákkal operált páciensekkel önkitöltős kérdőíveket és emberrajztesztet alkalmaztak a műtét után pár nappal és 3 hónap eltelte után (Lev-Wiesel, Ziperstein és Rabau 2005). Eredményük szerint a beavatkozás után 3 hónappal bizonytalan, remegős vonalvezetés mutatkozott a rajzon. Egy másik vizsgálatban szintén rajztesztet alkalmaztak tüdőtumorral diagnosztizált páciensek körében, betegségpercepciót mérő kérdőívvel (IPQ-R; Moss-Morris és mtsai, 2002) és interjúval kiegészítve (Hoogerwerf, Ninaber, Willems és Kaptein, 2012). A vizsgálat során megkérték a pácienseket, hogy rajzolják le a tüdejüket. Azok a páciensek, akik nagyon pontos és részletes rajzot készítettek a daganatos szervükről, a prognózist illetően pesszimistábbak voltak. A nagyobb rajzot készítő páciensek pedig több, a szervvel kapcsolatos szorongásról számoltak be.

Az utóbbi 30 év kutatásai bebizonyították, hogy a betegségrepresentációk nagymértékben meghatározzák a páciens viselkedését (Griva, Myers és Newman, 2000; Moss-Morris és mtsai, 2002; Petrie, Broadbent és Meechan, 2003). Leventhal, Nerenz és Steele 1984-ben publikálták önszabályozási modell elméletüket, mely szerint az egyének az egészségüket fenyegető helyzetekre kognitív és emocionális reprezentációkat generálnak. A betegségészlelés keretein belül értelmezhetővé válnak a tünetek, a reprezentáció képet ad a betegségről, ami a megküzdési stratégiákra és a klinikai kimenetre is hatást gyakorol. A modellben folyamatos visszacsatolás történik az értékelő folyamatok, a betegség alakulása és a megküzdési módok között. A betegségpercepciók megváltozása pozitív hatású a miokardiális infarktuson átesett betegek felépülésében is (Petrie, Cameron, Ellis, Buick és Weinman, 2002). A betegséggel kapcsolatos reprezentációk feltérképezésére egy objektív mérőeszközt is kifejlesztettek: a Betegségpercepció Kérdőív (IPQ) öt kognitív betegségrepresentációt képes azonosítani (Weinman, Petrie, Moss-Morris és Horne 1996). Az újabb, átdolgozott kérdőív (IPQ-R) már tíz dimenzió mentén tudja értékelni az érzelmi és kognitív reprezentációkat (Moss-Morris és mtsai, 2002). A módosított kérdőív azonban nagyon hosszú, több mint 80 kérdést tartalmaz, mely bizonyos helyzetekben megnehezíti a tesztfelvételt (pl. korlátozott a rendelkezésre álló idő, a páciens súlyos betegséggel küzd vagy idősebb életkorú), ezért a kutatók alternatívaként a könnyen felvehető projektív rajzteszteket alkalmazását javasolják.

Kutatásunk egyik célkitűzése volt a fenti, ígéretes projektív rajzvizsgálatok fejlesztéséhez való hozzájárulás. Vizsgálatainkban két saját fejlesztésű projektív rajztesztet alkalmaztunk: az ember (saját alak) és a beültetett szerv rajzát (Látos és mtsai, 2012b, 2014) és a PRISM-D nonverbális rajztesztet (Havancsák és mtsai, 2012b; Havancsák és mtsai, 2013a; Pócza-Véger és mtsai, 2014) (lásd 3. sz. melléklet). Az ember és szerv rajztesztet a későbbiekben részletesen bemutatjuk. A kutatócsoportunk által továbbfejlesztett PRISM-D rajzteszt szintén lehetővé teszi a páciensek betegségfelfogásának vizsgálatát, szélesebb képet ad az Én, a betegség, továbbá a páciens számára szignifikáns tárgykapcsolatok és tevékenységek egymáshoz való viszonyáról. A teszt által feltárt kapcsolati mintázatok a gyógyulási folyamatra is hatást gyakorolnak. Az eredetileg Büchi és Sensky (1999) által kidolgozott PRISM nonverbális teszt (Pictorial Representations of Illness and Self Measure) sikerrel alkalmazható olyan esetekben is, ahol a verbalitás valamilyen okból nehézségekbe ütközik. A projekció - mely során az egyén az általa fel nem ismert vagy elutasított vágyakat, érzéseket egy másik személyre vagy dologra helyezi át - regresszív állapotokban, például a kórházban tartózkodó betegeknél erősebben működhet (Laplanche és Pontalis, 1994).

#### 4.2. A rajzvizsgálat jelentéstana

Mint minden projektív kifejezési mód, a rajz is többszörösen determinált (Vass, 2006). Az emberrajz tesztben (Machover, 1951) megjelenik a tudatos, a tudattalan és az idealizált testkép, a másokhoz való viszony (Vass, 2006). A rajztesztek elemzésére több módszer is rendelkezésünkre áll. Az alábbi fejezetben a téma vizsgálatában releváns eljárásokat, elemzési szempontokat fogjuk részletesen tárgyalni.

A rajztesztek elemzésénél az egyik legfontosabb kategória a *vonalvezetés*, melyben prezentálódik a személyiség pszichomotoriuma, továbbá nagyon érzékeny az organikus és pszichés eltérésekre is (Hárdi, 2002). Betegség, szorongás hatására a vonalak elgyengülnek, labilissá válnak, a rajzon a végtagok csonkoltsága és a száj hiánya gyakori, ami a gyógyulással később visszatér. A felépüléssel új részletek jelennek meg, az egész rajz gazdagodhat. A másik lényeges, ám legváltozékonyabb elem a *rajz nagysága*, mely főleg a hangulat függvényében ingadozik. Szorongás hatására a rajz mérete csökkenhet, míg a nagyobb rajz emelkedett hangulatról árulkodik és az adekvát énkiterjesztés jelzése is lehet egyben (Machover, 1949; Vass, 2002). A megfelelő *arányok* ábrázolása az egészség, a normalitás, az intrapszichés

egyensúly jelzője és a mindennapi problémákkal való hatékony megoldásra utal (Machover, 1949; Vass, 2002). A *részletek mennyisége* a környezettel fenntartott kontaktus mutatója: a személy tudatosan figyel a mindennapi élet alapvető elemeire.

Hárdi István (2002) több évtizedes klinikai tapasztalatból és több tízezer rajz elemzéséből arra a következtetésre jutott, hogy az emberrajzok olyan objektív mérőeszközök, melyek a személyiség integrációjáról és az esetleges regresszív folyamatokról árulkodnak. Személyiség szintek elméletében a rajz szintje, stílusa egészséges emberben állandó, azonban bármiféle állapotrosszabbodással és gyógyulással együtt változik (Hárdi, 2002; Vass, 2011). Az élethű részletek és a vonalak rugalmassága összességében jobb globális alkalmazkodásról és a személyiség magasabb integrációs nivójáról árulkodik, a rajzokon megfigyelt sztereotip ábrázolásokból és merev konstanciákból pedig a személyiség rigiditására következtethetünk. A személyiség szintek (lásd 1. sz. melléklet) olyan globális értékelő kategóriák, melyek fenomenológiájukban eltérnek a gyermekrajzok sajátosságaitól. Mindenki a rá jellemző személyiség szintnek megfelelően teljesít, kivéve patológiás folyamatok, betegség idején. Ilyen esetben a páciensek egy, vagy maximum két szintet csúsznak vissza. Az eredeti szinthez való visszatérést terápiás eredményként értelmezhetjük. Hárdi a korábban túl konvencionálisnak és értelmezhetetlennek tartott pálcikaemberke-rajzoknak is jelentőséget tulajdonított, főként skizofrén páciensei körében. Az ilyen alacsony szintű rajz Hárdi szerint regresszióra utal, amikor a beteg feladja az egóját, és a primitív, archaikus elemek kerülnek előtérbe. A széttárt karú pálcikaemberke Hermann Imre (1943/1984) által leírt megkapaszkodási ösztönrel, az önállótlanossággal, az infantilizmussal és az éretlenséggel is összefüggésbe hozható.

Witkin (1962) a testkép különböző szintjeire fókuszált, azaz arra, hogy miképpen érzékeljük a testünket, mint egyértelmű határokkal rendelkező entitást, vagy éppen az ellenkezőjét éljük meg, a testhatáraink széthullását. A testkép több, mint a testről szerzett tényszerű információk összessége. A különféle, testtel kapcsolatos érzések, mint a fájdalom, a személyes jelentések és értékek a testünkről alkotott kép részévé válnak. Witkin a differenciáció szintjeinek kidolgozásakor (lásd 2. sz. melléklet) a korábbi, mezőfüggőség-mezőfüggetlenség elméletére támaszkodott. Munkatársaival kezdetben a percepciót vizsgálták, pontosabban, hogy a tárgyak észlelését milyen erősen befolyásolja a környezet, később azonban a személyiség működésével is összefüggésbe hozták a két dimenziót (Vass, 2002, Witkin, 1965).

Elméletükben a mezőfüggő-mezőfüggetlen dimenzió egy skála két végpontja. A globális vagy tagolt kognitív stílus a testképpel, a szelffel és az elhárító mechanizmusokkal is

kapcsolatban áll. A *mezőfüggetlen* ember strukturáltan és tagoltan észleli önmagát és a külvilágot, határozottabb elképzelése van saját személyiségéről, vélekedéseiről, szükségleteiről. Autonómabb személyiség, globálisabban látja a környezetét, és jól el tudja különíteni önmagát a másiktól. Vele szemben a *mezőfüggő* ember érzékelei globálisak és diffúzak, a részek összeolvadnak, s fogékonyak a társas befolyásolásra. Az adott kognitív feldolgozási stílus a belső forrásokból származó élmények szerveződését, a test megélésének módját, vagyis a testséma differenciáltsági fokát is meghatározza. A pszichológiailag differenciáltabb (mezőfüggetlen) személy testsémája tagolt, világos testhatárokkal rendelkezik, a testi tudatosság mértéke kifejezettebb. Önálló, másoktól független entitásnak érzi magát, a különböző testrészeit különállónak és mégis kölcsönösen kapcsolatban levőnek érzi. Vele ellentétben a globális kognitív stílusú személy érzelmei nagy befolyással vannak az érzékelekre és az emlékekre, nehéz az érzelmeket különválasztania a percepciótól és a gondolkodástól. Tipikus elhárító mechanizmusként a repressziót, a primitív tagadást és a szomatizálást alkalmazza.

Witkin (1962) elméletében a pszichológiai differenciáció a pszichológiai rendszernek, mint egésznek a komplexitási szintjét fejezi ki. A felnőttek által készített emberrajz értékelésére egy *öt fokú testséma-differenciáltsági skálát* (Sophistication-Of-The-Body-Concept Scale) dolgozott ki a Machover által összegyűjtött projektív rajzi jegyekből. Értékelte a rajz tagoltságát, formai színvonalát; a részletek mennyiségét; a nemi differenciációt és az egyedi szerep-ábrázolást (lásd 2. sz. melléklet) (Pepper, 1972; Vass, 2002; Witkin, 1962). Az értékeléskor a differenciáció minden egyes jellemzőjét pontozzuk, majd 5 kategóriát tudunk elkülöníteni a legprimitívebb, legdifferenciálatlanabb ábrától a legdifferenciáltabb rajzokig. A rajztesztben a *mezőfüggő* személyeknél kevés részlet található, a testarányok és a testrészek ábrázolása irreális, a nemi differenciáció hiányzik a rajzról. A *mezőfüggetlen* személyeknél viszont felismerhető a figura neme, gyakori a ruha pontosabb kidolgozása, reális testarányok jelennek meg, például több részből állnak a végtagok, és a személy megpróbálkozik az egyedi szerepek bemutatásával is. Bár a Witkin-skála és a Hárdi-féle személyiségjegyek hasonló fokozatokat különítenek el, a testséma differenciáltságából olyan következtetéseket is levonhatunk, mely pusztán a Hárdi-féle személyiségszintek alkalmazásával nem lehetséges. Míg Hárdi a rajzok pszichopatológiai jelenségeivel is foglalkozott, addig Witkin célja a globális, illetve tagolt kognitív stílus mérése volt.

Fontos tisztáznunk, hogy a fent említett rajzi személyiségszintek valójában mennyiben fejezik ki a személyiség integrációjának és differenciáltságának a fokát, illetve mi a különbség



e két fogalom között. Míg a differenciáció „csupán” a pszichológiai rendszer komplexitására utal, az integráció a részek közötti kapcsolatra, valamint a rendszer és a környezet kapcsolatának jellegére vonatkozik (Vass, 2002; Witkin, 1965). A differenciációs szinteken számos integrációs szint lehetséges. Általános értelemben a komplexebb differenciációs szinteken nagyobb mértékű, fejlettebb integráció valósul meg, mely a rendszer részeinek stabil, kiegyensúlyozott és harmonikus együttműködését teszi lehetővé, továbbá jobb alkalmazkodását a környezeti változásaihoz, mivel a részek többféle módon tudnak a megváltozott körülményekre reagálni. Vass Zoltán (2002) vizsgálatait azt mutatják, hogy a rajzi személyiség szinteket differenciációs és integrációs mutatóként egyaránt értelmezhetjük.

## Empirikus vizsgálatok

Amint azt a fentiekben részletesen bemutattam, a betegséggel, a testtel és a gyógyulási folyamattal kapcsolatos attitűdök és a kognitív reprezentációk jellege a klinikai tapasztalat és a kutatások alapján számottevő befolyást gyakorol a szervátültetésen átesett betegek felépülésére (Achille és mtsai, 2004; Cogwell, 2008; Pérez-San-Gregorio, Martín-Rodríguez, Galán-Rodríguez, Pérez-Bernal, 2006; Pelgur, Atak és Kose, 2009). Az utóbbi évek kutatásai egyre nagyobb figyelmet fordítanak a transzplantált páciensek pszichés állapota és a szervátültetés következtében létrejövő testképzavarok feltérképezésére (Calia és mtsai, 2011a; De Pasquale és mtsai 2010; Ilić és Avramović, 2002; Pérez-San-Gregorio és mtsai, 2009). Több kutatásban próbálták igazolni a transzplantációs műtét utáni testkép torzulásokat és pszichés ártalmakat, a választott módszer azonban nem mindig volt alkalmas e komplex jelenség megragadására.

Kiemelt kutatási kérdésem, hogy az idegen szervvel kapcsolatos érzések és fantáziák, a testi integritás felbomlása hogyan hatnak a transzplantált szerv működésére, milyen szerepet játszanak a szervátültetés sikerességében. Feltételezésem szerint a transzplantált személy testi megélésében a testi egészségesség sérül, az énhatárok fellazulhatnak, a testi élmények dezintegrált módon jelenhetnek meg. Továbbá a testkép integritásának sérülése és a beültetett szerv mentális reprezentációinak sajátosságai összefüggésben állhatnak a gyógyulási folyamat minőségét tükröző élettani mutatókkal és az affektív jellemzőkkel, így fontos szerepet játszanak a szervátültetésen átesett betegek felépülésében. Feltételezésem szerint a szerv intrapszichés integrációjának folyamatát a beteg pszichológiai sajátosságai és a szervvel kapcsolatos fantáziák erőteljesen befolyásolják, ennek következtében a pszichológiai tényezők a veseátültetés hosszú távú sikerességének fontos meghatározói lehetnek.

A következő három alfejezetben a transzplantált páciensek körében végzett vizsgálataink eredményeiről fogok beszámolni. Az első, *longitudinális vizsgálatban* a páciensek érzelmi és hangulati állapotát, illetve az idegen szerv elfogadásának nehézségeit követtük nyomon. Pár nappal a transzplantáció után, a betegágy mellett találkozhattam a páciensekkel, nyomon követtem gyógyulásuk alakulását három éven keresztül. Folyamatosan rögzítettem azokat az orvosi adatokat, melyek a vese optimális működéséről tájékoztatnak bennünket. A második, *keresztmetszeti kutatás* során a több mint egy éve transzplantált személyek pszichés állapotát mértük fel. A pszichológiai és orvosi adatokat szintén együtt elemeztük. Az eredmények alapján egy harmadik, *longitudinális vizsgálatot* terveztünk a

szegedi Dialízis Központtal közösen, mely során egy komplett pszichológiai tesztbattériát veszünk fel a transzplantációs várólistán lévő páciensek körében. A betegeket hosszútávon nyomon követjük, a kiegészített tesztbattériát a transzplantáció után egy és hat hónappal, majd évente ismételten felvesszük. Célunk egy komplex szűrőprogram és pszichológiai tanácsadás kifejlesztése, mely segítségével a transzplantált páciensek minél teljesebb gyógyulását segíthetjük elő.

## 1. Longitudinális vizsgálat: a poszttraumatikus növekedés és a testkép komplexitásának jelentősége a szervátültetés sikerességében

Három éves longitudinális vizsgálatot terveztünk a vesetranszplantált páciensek körében. Feltételezésünk szerint a transzplantáció által indukált intrapszichés konfliktusok feltérképezése és megértése előre jelezheti a gyógyulási folyamatot, a beültetett szerv optimális működését. Mivel a szervátültetés megbonthatja a testkép integritását, elsődleges célunk volt, hogy feltérképezzük a transzplantáció utáni testkép-jellegzetességeket és a transzplantált szerv mentális reprezentációjának sajátosságait, illetve azok hatását az új szerv működésére. Továbbá a páciensek érzelmi és hangulati állapotát, a betegségrepresentációkat és a fellelhető erőforrásokat is felmértük, majd összevetettük a beültetett vese hosszú távú működésével.

Feltételeztük, hogy a szerv mentális reprezentációinak sajátosságai összefüggésbe hozhatók a gyógyulási folyamat minőségét tükröző élettani mutatókkal és az affektív jellemzőkkel. Ez utóbbi összefüggés feltételezésünk szerint abban érhető tetten, hogy a depresszívebb és szorongóbb betegek a projektív rajzteszten a vesét nagyobbra rajzolják, ami azt mutatja, hogy a szorongás által fantáziájukban felnagyítódik a vese képe. Feltételeztük továbbá, hogy a testkép integritása (Witkin, 1962) és a rajztesztben megjelenített szerv mérete – mely hipotézisünk szerint az idegen szerv elfogadásának nehézségére utal – összefüggésben állhat a páciensek érzelmi állapotával és a műtét sikerességével.

Kutatásunkban három évig követtük nyomon a transzplantált pácienseink gyógyulását, mely során a hangulati állapot és a testkép-jellegzetességek változásait, továbbá a poszttraumatikus növekedés mértékét rögzítettük. Feltételeztük, hogy a poszttraumás növekedésérzés, valamint a testkép komplexitása és az új szerv mentális reprezentációinak sajátosságai összefüggésbe hozhatók az érzelmi és hangulati jellemzőkkel és a gyógyulási folyamat minőségét tükröző élettani mutatókkal, tehát a transzplantáció hosszú távú sikerességével. A vizsgált változók között cirkuláris kapcsolatok meglétét tételeztük fel.

## 1.1. Módszer

### Résztevők és a vizsgálat körülményei

2009 decemberében kezdtük el longitudinális kutatásunkat a Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinikájának Transzplantációs Osztályán (Látos és mtsai, 2011, 2012b, 2012c). Minden pácienssel egy komplex pszichológiai tesztbattériát vettünk fel a transzplantációs műtétet követően, majd három évig nyomon követtük gyógyulásuk alakulását, negyedévente rögzítettük azokat az orvosi paramétereket, melyek segítségével értékelni tudjuk a transzplantáció sikerességét. A kutatást a Regionális Humán Orvosbiológiai Kutatásaitikai Bizottság engedélyezte.

A vizsgálatba 80 cadaver vesetranszplantáción átesett személy került be (45 férfi, átlag életkoruk 47 év, S.D.: 13,77 év; 35 nő, átlag életkoruk: 55,08 év, S.D.: 10,86 év). 53 páciensnél (28 férfi, átlag életkoruk 44,14 év, S.D.:12,29 év; illetve 25 nő, átlagos életkoruk 53,96 év, SD:11,79 év) már eltelt három év a transzplantáció óta, így az ő felépülésüket nyomon tudtuk követni ez idő alatt. A három év elteltével ismételten felvettük a páciensekkel a korábban alkalmazott tesztbattériát, kiegészítve a Poszttraumatikus Növekedés Kérdőívvel és a Transzplantált Szerv Kérdőívvel. A részletes vizsgálati tervet az alkalmazott mérőeszközökkel a 1. táblázat mutatja be.

	<b>IDŐPONT</b>	<b>MÉRŐESZKÖZÖK</b>
<i>PSZICHOLÓGIAI TESZTEK</i>	A transzplantáció utáni 5. és 10. nap között	<ul style="list-style-type: none"><li>- Általános demográfiai adatok</li><li>- Spielberger-féle Állapot-és Vonás Szorongás Kérdőív</li><li>- Beck Depresszió Kérdőív</li><li>- Kombinált Szerv-és Emberrajz Teszt</li><li>- PRISM Nonverbális Teszt</li></ul>
	Három évvel a transzplantáció után	<ul style="list-style-type: none"><li>- Spielberger-féle Állapot-és Vonás Szorongás Kérdőív</li><li>- Beck Depresszió Kérdőív</li><li>- Kombinált szerv-és emberrajz teszt</li><li>- Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív</li><li>- Transzplantált Szerv Kérdőív</li></ul>
<i>ORVOSI ADATOK</i>	Posztoperatív napokon és negyedévente	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vérvizsgálat (kreatinin, eGFR)</li><li>- Biopszia (kilökődés)</li><li>- Kórházban töltött napok száma</li></ul>

1. táblázat: Vizsgálati terv

A pszichológiai tesztek és kérdőíveket a transzplantációt követő 5. és 10. nap között, majd három év elteltével vettük fel a páciensekkel. Kérdőívek segítségével felmértük az érzelmi és hangulati állapotot, projektív rajzteszttel pedig a kevésbé tudatosuló érzéseket és fantáziákat, melyek a saját testhez és a beültetett szervhez kötődnek.

### Pszichológiai mérőeszközök

*Beck Depresszió Kérdőív (BDI)* – A 21 tételt tartalmazó kérdőívben az állítások 4-fokozatú Likert-skálán a depresszió egyes tüneteire kérdeznek rá, úgymint fáradékonyság, alvászavar, szociális visszahúzódás, döntésképtelenség, túlzott aggodás a testi tünetek miatt, az elégedettség hiánya, önvádolás (Beck és mtsai, 1961; Rózsa, Szádóczky és Füredi, 2001) (lásd 4. sz. melléklet). A magasabb pontszám több depressziós tünetre utal.

*Spielberger-féle Vonás-és Állapotszorongás Kérdőív (STAI-T és STAI-S)* – A szorongás szintjének mérésére alkalmaztuk, összesen 40 tételt tartalmaz, a tételek 4 fokú Likert-skálán mérnek (Sipos, Sipos és Spielberger, 1994; Perczel, Kiss és Ajtay, 2005; Spielberger, Gorsuch és Lushene, 1970) (lásd 5. sz. melléklet). Az összesített pontszám a vonásszorongás kérdőívben a szorongás általános szintjét jelzi, míg az állapotszorongás az éppen aktuális szorongást mutatja.

*Projektív rajzteszt* – A betegség- és testreprezentációkat, illetve a gyógyulással, az idegen eredetű szerv testi és pszichés integrációjával kapcsolatos nézeteket egy általunk kidolgozott rajzteszttel vizsgáltuk (Látos és mtsai, 2012a). A szakirodalom és előzetes pilot vizsgálataink alapján feltételeztük, hogy ezen projektív technika alkalmas arra, hogy előhívjuk a betegekből a transzplantált veséjükkel és a szervátültetéssel kapcsolatos kevésbé tudatosult érzéseket és fantáziákat, amelyek szimbolikusan tükröződnek a rajzon. A páciensek egy A4-es fehér lapot és 12 színes ceruzát kaptak, és megkértük őket, hogy rajzolják le saját magukat. Amikor elkészültek, a transzplantált veséjük lerajzolása volt a következő instrukció. További utasítást (például a vese helyére vagy méretére vonatkozóan) nem kaptak. Az elemzés során rögzítettük a felhasznált *színek számát*, az *emberrajz magasságát* és a *lerajzolt szerv méretét* (hosszúság). A testkép integrációs nivójának és komplexitásának értékelésére *Witkin (1962) ötfokú testséma-differenciáltsági skáláját* alkalmaztuk (lásd részletesen a 4. fejezetben). Witkin a testkép különböző szintjeire fókuszált, hogy miképpen érzékeli a személy a saját testét, mint egyértelmű határokkal rendelkező entitást, vagy éppen az ellenkezőjét éli át, a testhatárai

széthullását. Értékelték a rajz tagoltságát, formai színvonalát; a részletek mennyiségét; a nemi differenciációt és az egyedi szerepábrázolást (lásd 2. sz. melléklet). A magas pontszámot elért személy testsémája tagolt, világos testhatárokkal rendelkezik, a testi tudatosság mértéke kifejezettebb. Az alacsonyabb szinten rajzoló személy nehezen választja külön az érzelmeket a gondolkodástól, tipikus elhárító mechanizmusként az elfojtást, a primitív tagadást és a szomatizációt alkalmazza. A rajzteszteket a *Hárdi-féle személyiségpszintek* (2002) mentét is elemeztük, melyek a személyiség integrációjáról és az esetleges regresszív folyamatokról árulkodnak (lásd részletesen a 4. fejezetben). A magasabb pontszámok összességében jobb globális alkalmazkodásról és a személyiség magasabb integrációs szintjéről árulkodnak (lásd 1. sz. melléklet).

*PRISM Nonverbális rajzteszt* – A munkacsoportunk által továbbfejlesztett PRISM-D nonverbális tesztet is alkalmaztuk, mely elsősorban a verbálisan nehezen hozzáférhető, kórházban tartózkodó személyek betegségfelfogását, az Én és a betegség észlelt távolságát vizsgálja (Büchi és Senky, 1999; Havancsák és mtsai, 2013a, 2013b, 2013c) (lásd részletesen a 4. fejezetben). Az eredeti vizsgálatban egy 24x29-es (A4-es) mágnesláblát használnak, melynek jobb sarkában egy 7 cm átmérőjű rögzített sárga kör található. A sárga kör jelképezi a vizsgált személyt, a fehér mágneslábla a jelenlegi életét. Egy 5 cm átmérőjű piros mágneses korong szimbolizálja a páciens betegségét, melyet tetszőlegesen helyezhet el az életét szimbolizáló mágnesláblán. A piros és a sárga kör (Én-betegség) középpontjának távolsága azt tükrözi, hogy a vizsgálati személy mennyire találja nehéznek, illetve kontrollálhatónak a betegségét és annak tüneteit. Egy továbbfejlesztett változatban, a PRISM+ tesztben a szerzők a piros korongok mellett más színű korongokat is használtak, melyek segítségével a vizsgálati személy életének egyéb fontos aspektusait is elhelyezi a táblán (pl. család, munka, hobbi). Az általunk használt PRISM tesztben fehér mágneslábla helyett ugyanakkora méretű 24x29-es, A4-es fehér papírlapot használunk az előzőleg rányomtatott standard 7 cm-es sárga körrel (lásd 3. sz. melléklet). A többi korongot filctoll segítségével rajzolják fel a betegek, melynek előnye hogy a korongok középpontjának távolsága mellett egymáshoz viszonyított méretük, mintázatuk és a választott szín is hasznos információt nyújt számunkra.

*Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív (PTGI)* – A 21 tételes kérdőív a traumatikus eseményekkel való megküzdés során bekövetkező lehetséges pozitív változásokat tartalmazza (Tedeschi és Calhoun, 1996). A válaszadók egy hatfokozatú Likert-skálán értékelik, hogy mennyire jellemző rájuk az adott állítás. Az összesített pontszám a poszttraumás növekedésérzés mértékeként értelmezhető (lásd 6. sz. melléklet).

*Transzplantált Szerv Kérdőív (TOQ)* – A transzplantált szervvel kapcsolatos reprezentációk mérésére szolgál (Corruble és mtsai, 2012). Huszonnégy állítást tartalmaz, a tételek 6-fokú Likert-skálán értékelhetőek. (lásd 7. sz. melléklet). A kérdőív célja, hogy felmérje a büntudat, a hála és az adósság érzését, melyet a transzplantált páciensek megélhetnek a donorral kapcsolatban. A kérdőív három alsókálát tartalmaz: a „Pozitív attitűd”, a „Donorral kapcsolatos érzések” és a „Pszichológiai rejekció” alsókálát. A kérdőív magyar nyelvű változatát kutatócsoportunk készítette el (a kérdőív részletes bemutatása és validálása a „Keresztmetszeti vizsgálat: a pszichológiai rejekció és a donorral kapcsolatos érzések vizsgálata transzplantált páciensek körében” c. résznél található).

A *szociodemográfiai adatok* közül a lakhelyre, a végzettségre, a családi állapotra vonatkozó adatokat rögzítettük, továbbá rákérdeztük a páciensek sportolási és dohányzási szokásaira (lásd 8. sz. melléklet).

#### Orvosi adatok

A klinikai vérvizsgálat során meghatározott orvosi paraméterek közül a szérum kreatinin és a Becsült Glomerulus Filtrációs Ráta (eGFR) értékét rögzítettük több időpontban: a transzplantáció után, a pszichológiai tesztek felvételekor (az 5. és 10. posztoperatív napon), hazabocsátás előtt (általában a 14. posztoperatív napon), majd három éven keresztül a negyedévente esedékes kontrollvizsgálatok alkalmával. Ha a vese működése csökken, akkor megnő a vérben található kreatinin mennyisége, mely az izmokból származó fehérje-lebomlási termék. Az eGFR érték pedig a szérum kreatinin, az életkor és a nem ismerete alapján könnyen kiszámítható, és a legpontosabb adatot nyújtja a veseműködés megváltozásáról<sup>8</sup>. Továbbá a klinikai és a szövettani kritériumok alapján az akut és/vagy krónikus graft kilökődést (rejekció) is nyomon követtük a műtétet követő három évben. A donor és a recipiens közötti HLA-eltéréseket is elemeztük. A humán leukocita antigének (HLA) a sejtek felületén elhelyezkedve segítik az immunrendszert a testazonos és testidegen sejtek azonosításában. Ezen kívül a hideg ischémiás időt, a recipiens társbetegségeit, a krónikus veseelégtelenség diagnózisa óta eltelt időt (hónapok) és a donor életkorát is rögzítettük a kutatás során.

A vizsgálati személyeknél a transzplantált szerv működését a rejekciós epizódok és a szérum kreatinin szint alapján értékeltük az eltelt idő alatt. A *rejekciós csoport* tagjainál egy

---

<sup>8</sup> A csökkent eGFR érték és a magasabb szérum kreatinin szint a veseműködés romlására utal.



vagy több rejekciós epizódot észleltünk a műtétet követően és a veseműködést jelző szérumban kreatinin szint magasabb, mint 180  $\mu\text{mol/l}$ . A *rejekciómentes csoportnál* a műtétet követően nem fordult elő kilökődési reakció, továbbá a szérumban kreatinin érték 180  $\mu\text{mol/l}$  alatti értéket mutatott.

## Statisztikai elemzés

Az adatokat SPSS 17.0 statisztikai programmal elemeztük. A változók normalitását Shapiro-Wilk teszttel vizsgáltuk. A szórás-homogenitást Levene próbával teszteltük. A változók közötti kapcsolatok feltárására Pearson és Spearman korrelációt használtunk. A különböző időpontban felvett tesztek összehasonlítását páros t-próbával végeztük. A csoportok összehasonlításánál független mintás t-próbát és Mann-Whitney próbát alkalmaztunk. A többváltozós logisztikus regresszió segítségével a szervkilökődés prediktorait határozhattuk meg. Statisztikailag szignifikánsnak tekintettük, ahol a p-érték kisebb volt, mint 0,05.

## 1.2. Eredmények

### Szociodemográfiai adatok

A páciensek 72,5%-a városban, 27,5 %-a falun él. 61,3% középfokú, 13% felsőfokú végzettséggel rendelkezik. 11 fő aktív dolgozó, 46 fő rokkantsági ellátásban, 21 fő öregségi nyugdíjnyújtásban részesül. A minta 74 százaléka egy vagy egynél több gyermekes, 26 % gyermektelen. 44 fő házas és házastársával együtt él, 8 páciens egyedülálló, 17 fő párkapcsolatban él, 4-en elváltak, és 6 fő megözvegyült. Saját bevallásuk szerint a páciensek 30%-a rendszeresen sportol. A dohányzási szokásokat kérdezve 6 fő vallotta, hogy rendszeresen rágyújt, 5 páciens alkalmanként cigarettázik. 23 fő már leszokott a dohányzásról, a többségük viszont soha nem is próbálta.

### Depresszió és szorongás szervátültetés után

A transzplantáció után mért állapotssorongás átlag értéke a normál tartományba esett (STAI-S átlag=35,76, S.D.=9,47, N=80) (2. táblázat). Klinikailag jelentős vonásszorongást (STAI-T>52

pont) a páciensek 9%-a mutatott. Depresszió nem volt kimutatható a mintában (BDI átlag=5,01, S.D.=5,18). A nemek között és a testmozgást tekintve egyik változónál sem találtunk szignifikáns különbséget, sem a műtét utáni napokon, sem három évvel később (p minden esetben >0,05).

	Transzplantáció után 5. és 10. nap között (N=80) Átlag (S.D.)	Transzplantáció után 3 évvel (N=53) Átlag (S.D.)	t	df	Sig.
<i>Depresszió</i>	5,01 (5,187)	4,27 (4,85)	-0,88	48	0,382
<i>Állapotszorongás</i>	35,76 (9,47)	31,90 (10,43)	3,30	48	<b>0,002</b>
<i>Vonásszorongás</i>	37,85 (9,33)	35,16 (11,16)	1,62	48	0,111

2. táblázat. Depresszió és szorongás a posztoperatív napokon és a transzplantáció után 3 évvel

A krónikus veseelégtelenség fennállásának ideje nem befolyásolta az érzelmi és hangulati állapotot ( $p > 0,05$ ). A depresszió szintje pozitívan korrelál a vonás- és állapotszorongás értékével (STAI-T  $p < 0,001$ ,  $r = 0,480$ ; STAI-S  $p < 0,001$ ,  $r = 0,485$ ,  $N = 80$ ). Páros t-próbával nem találtunk különbséget a transzplantáció utáni 5. és 10. nap között, illetve a három év elteltével felvett depresszió és vonásszorongás mértékében ( $p > 0,05$ ). Azonban az állapotszorongás szignifikánsan alacsonyabbnak bizonyult a műtét után három évvel, mint közvetlen a műtét után ( $p = 0,002$ ,  $t = 3,30$ ) (2. táblázat).

#### A projektív rajztesztek, az érzelmi állapot és a transzplantált szerv működésének összefüggései

Az emberrajz tesztek Witkin testséma-differenciáltsági skálája (Witkin, 1962) és a Hárdi-féle személyiség szintek (Hárdi, 2002) mentén elemeztük. Három független kódoló konszenzusa alapján értékeltük a rajzokat. Witkin ötfokú skálája a testkép komplexitásának és integrációs szintjének értékelésére alkalmas. A magas pontszámmal rendelkező rajzokat jó formai színvonal, részletgazdagság és egyedi szerepábrázolás jellemzi, mely tagolt testképet és világos testhatárokat feltételez. Az alacsonyabb szintű, tagolatlan, részletekben szegényes, differenciálatlan rajzokból pedig a testhatárok széthullására következtethetünk, ami differenciáltalanabb testsémát és regressziót jelez (3. táblázat).

Witkin-féle testkép komplexitás		Gyakoriság		Gyakoriság	
		Transzplantáció után 5. és 10. nap között	%	Transzplantáció után 3 évvel	%
<i>Érték</i>	1	24	30,0	17	32,1
	2	21	26,3	15	28,3
	3	15	18,8	8	15,1
	4	9	11,3	4	7,5
	5	11	13,8	9	17,0
	<i>Összesen</i>	80	100	49	100

3. Táblázat. A Witkin-féle testkép komplexitás leíró statisztikája

A Hárدي-féle személyiség szintek a személyiség integrációjáról és az esetleges regresszív folyamatokról árulkodnak. A magasabb pontszámok összességében jobb globális alkalmazkodásról és a személyiség magasabb integrációs nivójáról árulkodnak, az alacsonyabb pontszámokból pedig a személyiség rigiditására következtethetünk. A Hárدي-féle szintek leíró statisztikáját a 4. táblázat mutatja be.

Hárدي-féle személyiség szintek		Gyakoriság		Gyakoriság	
		Transzplantáció után 5. és 10. nap között	%	Transzplantáció után 3 évvel	%
<i>Érték</i>	1	1	1,3	0	0
	2	22	27,5	13	26,5
	3	24	30,0	8	16,3
	4	29	36,3	18	36,7
	5	4	5,0	10	20,4
	<i>Összesen</i>	80	100	49	100

4. Táblázat. A Hárدي-féle személyiség szintek leíró statisztikája

Szignifikáns, egyenes irányú összefüggést találtunk a szorongásszint és az emberrajz mérete között (STAI-S  $p = 0,020$ ,  $r=0,26$ ; STAI-T  $p = 0,051$ ,  $r=0,22$ ;  $N=80$ ). A depresszió a kevesebb, sötétebb színek használatával mutatott fordított arányú, tendenciaszerű összefüggést ( $p=0,085$ ,  $r=-0,19$ ). A transzplantáció után három évvel felvett rajzesetekből kiszámított Hárدي-féle személyiség szintek tendenciaszerű összefüggést mutattak a vonásszorongás mértékével ( $p=0,066$ ,  $r=0,21$ ).

A Witkin-féle testséma differenciáltsági szintek és a Hárدي-féle személyiség szintek között erős korreláció jelentkezett (transzplantáció után pár nappal készült rajzok esetén

$p < 0,001$ ,  $r = 0,87$ ; transzplantáció után 3 évvel készült rajzok esetén  $p < 0,001$ ,  $r = 0,83$ ). Az idő elteltével az emberrajz mérete nem változott a két tesztfelvétel során, azonban a Hárدي-féle személyiség szintek szignifikánsan ( $p = 0,004$ ), a Witkin testséma differenciáltsági szintek tendenciaszerűen ( $p = 0,091$ ) magasabb értéket értek el (5. táblázat). A második alkalommal felvett rajztesztben a lerajzolt vese mérete is szignifikánsan csökkent ( $p = 0,011$ ).

	Transzplantáció után 5. és 10. nap között (N=80) Átlag (S.D.)	Transzplantáció után 3 évvel (N=53) Átlag (S.D.)	t/Z	Sig.
Hárدي-féle szintek	3,16 (0,93)	3,51 (1,10)	-2,86	<b>0,004</b>
Witkin testkép differenciáltsága	2,52 (1,38)	2,77 (1,47)	-1,69	<b>0,091</b>
Vese mérete a rajztesztben	3,61 (2,84)	2,48 (2,54)	-2,67	<b>0,011</b>
Emberrajz mérete	10,91 (5,01)	11,18 (5,70)	-0,75	0,457

5. táblázat. A projektív rajzteszt jellemzői a posztoperatív napokon és a transzplantáció után 3 évvel

A PRISM Nonverbális rajztesztet 50, vesetranszplantáción átesett páciensnél vettük fel a műtétet követően. A teszt felvétele után rögzítettük a teszten megjelenített „betegség” kör területét, a szelf és a betegség távolságát és az összes felhasznált terület (a betegség kör kivételével) mennyiségét. Szignifikáns összefüggést találtunk a *betegség kör területe* és az első ( $p = 0,020$ ,  $r = -0,28$ ), a második ( $p = 0,002$ ,  $r = -0,44$ ) illetve a harmadik ( $p = 0,003$ ,  $r = -0,45$ ) év végén mért eGFR értékében, a „Pszichológiai rejekció” ( $p = 0,004$ ,  $r = 0,457$ ) és a „Donorral kapcsolatos érzések” alskála ( $p = 0,012$ ,  $r = 0,23$ ), illetve az állapot ( $p = 0,014$ ,  $r = 0,025$ ) -és vonásszorongás ( $p = 0,021$ ,  $r = 0,23$ ) mértékében.

A *szelf és a betegség közötti távolság* összefüggött a szorongás mértékével (STAIS  $p = 0,035$ ,  $r = -0,29$ ; STAIT  $p = 0,078$ ,  $r = -0,25$ ). Az *összes felhasznált terület* mennyisége szintén korrelált a vonás- és állapotsszorongás mértékével ( $p = 0,001$ ,  $r = -0,31$ ;  $p = 0,001$ ,  $r = -0,32$ ), a Transzplantált Szerv Kérdőív „Pozitív attitűd” alskálájával ( $p = 0,019$ ,  $r = 0,33$ ), illetve a PTGI kérdőív „Másokhoz való viszony” alskálájával ( $p = 0,044$ ,  $r = 0,28$ ). A felhasznált terület mennyisége a rajzteszttekkel is összefügg: Witkin testséma-differenciáltság mértéke ( $p = 0,050$ ,  $r = 0,20$ ) és Hárدي személyiség szintjei ( $p = 0,028$ ,  $r = 0,24$ ) egyenes irányú, gyenge korrelációt mutatnak a PRISM-teszttel.

Az elemzés következő lépéseként megvizsgáltuk a betegségrepresentációk és az egyéni erőforrások kapcsolatát. Célunk volt betekintést nyerni a páciensek által kiemelkedően fontos

életterületekként ábrázolt tartalmakba, ezért a jelentések gyakoriságát vizsgáltuk. Egyenként rögzítettük a körök területeit, majd az azonos jelentésű körök területeit összeadtuk. A páciensek által felcímkézett köröket három független kutató áttanulmányozta, majd négy fő tartalmi kategóriába sorolta. Az első kategória a „*Jelentős mások*”, melybe a családtagok, rokonok és barátok tartoznak. Az „*Otthon, szabadidő*” kategóriába a kikapcsolódás, a páciens hobbija és szabadidős tevékenysége került. A „*Pozitív jövőkép, gyógyulás*” kategóriába az egészséggel, tervekkel, jövővel kapcsolatos jelentéseket sorolták. A „*Munka, egzisztencia*” kategória fedte le a munka, karrier, pénz, anyagi biztonság és tanulmányok válaszokat. A kategóriába sorolást a betegek utóteszt során adott válaszai tették világosabbá. A páciensek 99 százaléka jelenítette meg a jelentős kapcsolatokat. 44%-uk ábrázolt szabadidős tevékenységeket, hobbit. A munkát 24%, míg az egészséget, jövőbeni célokat 46%-uk jelölte a teszten. Az adatok elemzése során pozitív irányú tendenciaszintű összefüggést találtunk az „Egészség, célok” kör területe és az összes felhasznált terület között ( $p=0,091$ ,  $r=0,24$ ).

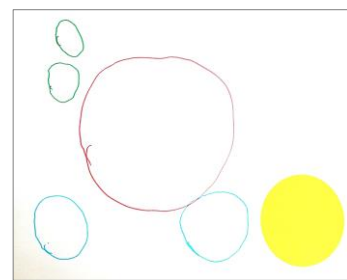
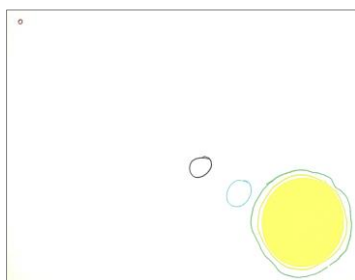
A PRISM-D rajztesztet a megjelenő térbeli formációk mentén is elemeztük (Havancsák és mtsai, 2012; Havancsák és mtsai, 2013a). Három független kódoló 5 kategória mentén kódolta a teszteket. Az első kategória az „*Énpajzs*”, amikor a páciens által rajzolt körök mintegy körülölelik a szelfet, megvédve a betegséggel szemben. A „*Betegségpajzs*” kategória esetén a fontos körök a betegséget veszik körbe. „*Védővonal*” esetén a tartalmak függőleges vagy vízszintes vonalban követik egymást. A következő kategória a „*Hálózat*”, amikor a páciens által megjelenített fontos tartalmak szétszórva jelennek meg az élettérben. „*Énrész*” esetén a betegség a szelfen belül jelenik meg. Az „*Összeolvadás*” pedig azt jelenti, hogy a páciens egymást metsző köröket rajzol, melyek a szelfbe is belelőgnak. A vesetranszplantáltak körében felvett PRISM-D tesztek közül 34%-nál jelent meg az „*Énpajzs*” térbeli formációja. Ezt követi a „*Hálózat*” kategória, mely a betegek 26%-nál fordult elő. A harmadik leggyakrabban megjelenő térbeli alakzat az „*Összeolvadás*” volt 18%-kal. Ezt követi 14%-kal a „*Védővonal*”, 6%-kal az „*Énrész*” és végül a „*Betegségpajzs*” 2%-kal.

Szignifikáns különbséget tudunk kimutatni az „*énpajzs*” és a „*hálózat*”, illetve az „*összeolvadás*” kategóriák között a vonásszorongás tekintetében ( $p$  minden esetben  $<0,02$ ). Kisebb mértékű szorongásról számoltak be azok a páciensek, akik az „*énpajzs*” kategóriát kapták (STAIT átlag=33,35, S.D.=7,28), mint azok, akik a „*hálózat*” alakzatot (STAIT átlag=39,84, S.D.=7,67) vagy az „*összeolvadás*” formációt (STAIT átlag=41,4, S.D.=9,57) jelenítették meg. A tesztvalidálást végző munkacsoportunk hasonló eredményt kapott a depresszió és az „*énpajzs*” illetve az „*összeolvadás*” formáció elemzése során kórházi ellátást

igénylő páciensek betegségpercepcióit vizsgálva (Havancsák és mtsai, 2013a). Az eredmények azt mutatják, hogy kevésbé jellemző a negatív hangulati állapot azokra a betegekre, akik mind szimbolikusan, mind reálisan meg tudják védeni énjüket a betegséggel szemben.

Az „énpajzs” és a „hálózat” alakzata között a vesefunkciós értékeket jelző szérum kreatinin és eGFR értékek mentén is szignifikáns különbségek mutatkoztak. Azok a betegek, akik a PRISM-D teszten „énpajzs” kódot kaptak a megjelenített körök térbeli alakzatára, a műtét után, a hazabocsátáskor szignifikánsan alacsonyabb ( $p=0,048$ ,  $Z=-1,96$ ) szérum kreatinin értéket mutattak (átlag=158,18, S.D.=61,52), mint azok, akik „hálózat” kódot (átlag=234,69, S.D.=109,41) kaptak. Az előbbi csoportba tartozó pácienseknél az eGFR értéke is szignifikánsan ( $p=0,037$ ,  $Z=-2,08$ ) jobb vesefunkciós értékeket mutatott (eGFR átlaga=40,38, S.D.=13,01), mint az utóbbi csoportba sorolható betegeknél. Esetükben az eGFR átlagértéke 27,47 (S.D.=11,85) volt. A 6. táblázat két transzplantált páciens PRISM-D tesztjét mutatja be, az orvosi és pszichológiai adatokkal együtt.

	0,3	Betegség területe /cm <sup>2</sup> /	124,6
	23,6	Szelf és betegség távolsága /cm/	4,2 cm
	137,44	Összes felhasznált terület /cm <sup>2</sup> /	77,8
	Énpajzs	Formáció	Hálózat
	35/36	STAIS/STAIT	60/52
	91	Szérum kreatinin hazabocsátáskor	297
	< 60	eGFR tx után 1 évvel /ml/perc/1,73m <sup>2</sup> /	21
	< 60	eGFR tx után 2 évvel /ml/perc/1,73m <sup>2</sup> /	20
	< 60	eGFR tx után 3 évvel /ml/perc/1,73m <sup>2</sup> /	19
	0	TOQ Pszichológiai rejekció	8
	1	TOQ Donorral kapcsolatos érzések	17
	15	TOQ Pozitív attitűd	35
	51	PTGI össz	38
	9	PTGI Élet tisztelete	8
	19	PTGI Másokhoz való viszony	18
	5	Witkin-féle testséma differenciáltság	1
	5	Hárdi-féle személyiség szintek	3



6. táblázat: Két transzplantált páciens PRISM-tesztje a hozzájuk tartozó pszichológiai és orvosi adatokkal

## Testképábrázolás és a vese rajza, mint a transzplantáció sikerének előrejelzői

Eredményeink szerint átlagosan három nappal tovább maradtak a klinikán azok a betegek, akik a projektív rajztesztben (ember- és szerv rajza) a testen kívülre ( $p=0,045$ ,  $df=72,46$ ,  $t=-2,04$ ) és nagyobbra rajzolták a transzplantált szervet ( $p=0,043$ ,  $df=65,8$ ,  $t=2,06$ ). Az ápolási idő a Witkin-féle testséma-differenciáltsági szinttel is gyenge negatív irányú összefüggést mutatott ( $p=0,047$ ,  $r=-0,17$ ). Tendenciaszerű összefüggést találtunk a vonásszorongás és a műtét után lerajzolt vese mérete között ( $p=0,097$ ,  $r=0,129$ ). Az eGFR-besorolás következtében azoknál a pácienseknél mutatkozott szignifikánsan nagyobb mértékű állapot- és vonásszorongás, akiknél a transzplantált szerv nem látja el megfelelően funkcióját ( $p=0,015$ ,  $p=0,034$ ) (7. táblázat).

	60 ml/perc/1,73m <sup>2</sup> $\geq$ eGFR $\geq$ 30 ml/perc/1,73m <sup>2</sup> (N=47) Átlag (S.D.)	eGFR < 30 ml/perc/1,73m <sup>2</sup> (N=32) Átlag (S.D.)	Z	Sig.
Állapotszorongás	33,26 (8,34)	39,03 (10,09)	-2,44	<b>0,015</b>
Vonásszorongás	35,82 (8,50)	40,45 (9,93)	-2,11	<b>0,034</b>
Depresszió	4,26 (3,54)	6,15 (6,80)	-0,71	0,477

7. táblázat. A transzplantációs műtétet követően, a hazabocsátás előtt mért eGRF-értékek és a szorongás összefüggései

Három éves nyomonkövetéses vizsgálatunkban a beültetett szerv megfelelő működéséről egyrészt a rejekciós epizódok (kilökődés) rögzítésével, másrészt a laborvizsgálatok értékei alapján nyertünk adatokat. A harmadik év végére 53 páciens adatait tudtuk elemezni. Ezen időszak alatt 31 főnél nem jelentkezett kilökődési reakció a transzplantációt követő három évben, illetve a szérum kreatinin érték 180  $\mu\text{mol/l}$  alatti értéket mutatott. Rejekciós epizód 22 főnél fordult elő, esetükben a szérum kreatinin szint átlagosan 180  $\mu\text{mol/l}$ -nél magasabb. Minden változó tekintetében összehasonlítottuk a két csoportot és szignifikáns különbség mutatkozott a testkép-differenciáltság mértékében ( $p=0,004$ ,  $Z=-2,86$ ) illetve a Hárdi-féle személyiségszintekben ( $p=0,037$ ,  $Z=-2,09$ ) (8. táblázat). Továbbá a Transzplantált Szerv Kérdőív „Donorral kapcsolatos érzések” ( $p=0,033$ ,  $Z=-2,14$ ), „Pszichológiai kilökődés” ( $p=0,041$ ,  $t=-2,09$ ) és „Pozitív attitűd” ( $p=0,025$ ,  $t=2,32$ ) alskáláján találtunk szignifikáns eltérést a két csoport között, illetve a Poszttraumatikus Kérdőíven ( $p=0,073$ ,  $t=1,84$ ) és alskáláin is különbségek mutatkoztak (8. táblázat).

	Rejekciómentes csoport (N=31) Átlag (S.D.)	Rejekciós csoport (N=22) Átlag (S.D.)	t / z	p
Szorongás (állapot) posztoperatív napon	35,35 (SD=8,63)	38,45 (SD=8,60)	t= -1,29	0,203
Szorongás (vonás) posztoperatív napon	36,25 (SD=9,01)	40,04 (SD=9,46)	t= -1,47	0,146
Szorongás (állapot) 3 év múlva	32,10 (SD=10,47)	31,56 (SD=10,67)	t= 0,17	0,863
Szorongás (vonás) 3 év múlva	34,68 (SD=10,66)	36,00 (SD=12,26)	t= -0,48	0,694
Depresszió posztoperatív napon	3,58 (SD=3,15)	3,40 (SD=1,84)	z= -0,10	0,632
Depresszió 3 év múlva	4,10 (SD=4,70)	4,56 (SD=5,22)	z= -0,10	0,916
TOQ Donor	8,54 (SD=8,16)	4,95 (SD=6,75)	z= -2,14	<b>0,033</b>
TOQ Pozitív attitűd	16,87 (SD=11,38)	9,85 (SD=9,61)	t= 2,32	<b>0,025</b>
TOQ Pszichológiai kilöködéskés	0,83 (SD=1,59)	3,23 (SD=6,09)	t= -2,09	<b>0,041</b>
Poszttraumatikus Növekedés Kérdőív	57,23 (SD=24,23)	43,94 (SD=24,70)	t= 1,84	<b>0,073</b>
PTGI Új lehetőségek	12,94 (SD=7,20)	7,94 (SD=6,65)	t= 2,40	<b>0,020</b>
PTGI Másokhoz való viszony	18,52 (SD=9,57)	14,72 (SD=9,05)	t= 1,36	0,179
PTGI Személyes erő	13,00 (SD=6,27)	9,89 (SD=6,42)	t= 1,66	0,104
PTGI Spirituális változás	3,00 (SD=2,93)	1,83 (SD=3,13)	z= -1,60	0,108
PTGI Élet tisztelete	12,32 (SD=4,06)	10,11 (SD=5,62)	z= -2,14	<b>0,032</b>
Projektív rajzeszt vese mérete posztop. napon	3,55 (SD=2,67)	3,97 (SD=3,27)	t= -0,51	0,612
Projektív rajzeszt vese mérete 3 év múlva	2,24 (SD=2,57)	3,03 (SD=2,47)	z= -1,18	0,239
Emberrajz mérete posztoperatív napon	11,03 (SD=5,71)	10,23 (SD=4,88)	t= -1,60	0,594
Emberrajz mérete 3 év múlva	11,85 (SD=5,24)	10,02 (SD=6,42)	t= -2,14	0,283
Witkin testkép-differenciáltsága posztop. napon	3,00 (SD=1,48)	1,77 (SD=1,06)	z= -3,09	<b>0,002</b>
Witkin testkép-differenciáltsága 3 év múlva	3,22 (SD=1,30)	2,00 (SD=1,45)	z= -2,86	<b>0,004</b>
Hárdi-féle személyiségsszintek posztop. napon	3,32 (SD=0,94)	2,81 (SD=0,85)	z= -1,91	<b>0,056</b>
Hárdi-féle személyiségsszintek 3 év múlva	3,79 (SD=0,97)	3,05 (SD=1,21)	Z=-2,09	<b>0,037</b>

8. Táblázat. Pszichológiai adatok összehasonlítása a rejekciós epizódok függvényében (N=53)

Szignifikáns különbségeket találtunk a hazabocsátás előtti ( $p=0,027$ ,  $Z=-2,21$ ), az 1 éves ( $p=0,002$ ,  $Z=-3,11$ ), a 2 éves ( $p=0,012$ ,  $z=-2,51$ ) és a 3 éves ( $p=0,001$ ,  $Z=-3,32$ ) kontrollvizsgálat alkalmával mért szérumban kreatinin értékében (9. táblázat).

Kiemelt kutatási eredményünk, hogy a szerv optimális, hosszú távú működésében a szubjektív testkép reprezentációjának komplexitása meghatározó szerepet játszik. Logisztikus regresszió segítségével – mely a pszichológiai és az orvosi adatokat egyaránt figyelembe veszi – végül három fő változót határoztunk meg a mintánkban, melyeket a rejekciós epizódok prediktoraként értékeltünk (10. táblázat).



	Rejekciómentes csoport (N=31) Átlag (S.D.)	Rejekciós csoport (N=22) Átlag (S.D.)	t / z	p
<i>Recipiens életkora</i>	49,70 (SD=13,21)	47,45 (SD=12,70)	t= 0,62	0,537
<i>Donor életkora</i>	48,35 (SD=10,38)	47,26 (SD=10,33)	t= 0,33	0,745
<i>HLA-eltérés</i>	2,97 (SD=1,01)	3,35 (SD=1,03)	z= -1,31	0,192
<i>Krónikus veseelégtelenség megléte</i>	64,53 (SD=60,18)	72,95 (SD=96,12)	z= -0,72	0,499
<i>Isémiás idő (óra)</i>	16,28 (SD=3,54)	15,80 (SD=4,51)	t= 0,40	0,691
<i>Szérum kreatinin hazaengedéskor</i>	156,32 (SD=65,38)	219,86 (SD=124,65)	z= -2,21	<b>0,027</b>
<i>Szérum kreatinin 1 éves kontroll</i>	138,58 (SD=56,87)	298,05 (SD=211,23)	z= -3,11	<b>0,002</b>
<i>Szérum kreatinin 2 éves kontroll</i>	135,45 (SD=49,90)	338,43 (SD=311,98)	z= -2,51	<b>0,012</b>
<i>Szérum kreatinin 3 éves kontroll</i>	132,22 (SD=57,71)	391,75 (SD=326,91)	z= -3,32	<b>0,001</b>




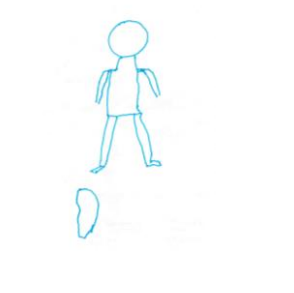
9. Táblázat. Orvosi adatok összehasonlítása a rejekciós epizódok függvényében (N=53)

Az omnibusz teszt segítségével megállapítottuk, hogy a modellben szereplő független változók a véletlennél nagyobb valószínűséggel állnak kapcsolatban a függő változóval ( $p < 0,001$ ). Sikeresen igazoltuk, hogy a testkép differenciáltsága ( $OR=0,41$ ,  $95\% CI=0,21-0,78$ ,  $p=0,007$ ) és a hazabocsátás előtt mért szérum kreatinin szint ( $OR=1,01$ ,  $95\% CI=1,00-1,02$ ,  $p=0,005$ ) és a poszttraumatikus növekedés mértéke ( $OR=0,96$ ,  $95\% CI=0,92-0,99$ ,  $p=0,04$ ) prediktív a 3 éves rejekciós epizódok szempontjából. Az eredményül kapott modell statisztikailag szignifikáns ( $\chi^2=23,27$ ,  $df=3$ ,  $p < 0,001$ ).

Változók	p	OR	95% CI
<i>Testkép differenciáltsága</i>	0,007	0,41	0,21-0,78
<i>Poszttraumatikus növekedés</i>	0,046	0,96	0,92-0,99
<i>Tx utáni szérum kreatinin</i>	0,005	1,01	1,00-1,02

10. táblázat A logisztikus regresszió eredménye. A rejekciós és a rejekciómentes csoport összehasonlítása.

Példaként bemutatom két páciens ember- és szerv rajzát az orvosi és pszichológiai adatokkal együtt (11. táblázat). Megfigyelhetjük, hogy a bal oldali rajzot készítő páciensnél nem volt kilökődési reakció a transzplantációt követő három évben, a szérum kreatinin érték  $180 \mu\text{mol/l}$  alatti értéket mutat és a rajz színvonala tagolt testsémára utal. Ezzel szemben a jobb oldali, differenciálatlanabb rajzot készítő páciensnél a vese allograft működésképtelensége miatt dialízis vált szükségessé.

A TRANSZPLANTÁCIÓ UTÁNI 3 ÉV REJEKCIÓ MENTES, JÓ VESEFUNKCIÓK	53	Kor	36	A TRANSZPLANTÁCIÓ UTÁNI 3 ÉVBEN REJEKCIÓS EPIZÓDOK JELENTKEZTEK, ROSSZ VESEFUNKCIÓS ÉRTÉKEKKEL
	férfi	Nem	férfi	
Posztoperatív napon készült rajz :	33/34	Szorongás (állapot/vonás) posztoperatív napon	44/42	Posztoperatív napon készült rajz :
	24/33	Szorongás (állapot/vonás) 3 évvel a transzpl. után	39/40	
	2	Depresszió posztoperatív napon	4	
	1	Depresszió 3 évvel a transzpl. után	5	
	76	Poszttraumatikus Növekedés	11	
	3.2	Projektív tesztben vese mérete posztop. napon	3.5	
	5.7	Projektív tesztben vese mérete 3 évvel a transzpl. után	4.6	
	12.4	Emberrajz mérete posztop. napon	8.7	
3 évvel a műtét után készített rajz:	15.6	Emberrajz mérete 3 évvel a transzpl. után	14.3	3 évvel a műtét után készített rajz:
	5	Testkép differenciáltsága posztop. Napon	1	
	5	Testkép differenciáltsága 3 évvel a transzpl. után	1	
	11	Kórházban töltött napok száma	20	
	136	Szérum kreatinin (µm/l) hazaengedéskor	625	
	125	Szérum kreatinin (µm/l) 1 évvel a transzpl. után	367	
	98	Szérum kreatinin (µm/l) 2 évvel a transzpl. Után	295	
	88	Szérum kreatinin (µm/l) 3 évvel a transzpl. után	325	

11. táblázat Két transzplantált páciens ember- és szervrajza a posztoperatív időszakból és három évvel a műtét után, a hozzájuk tartozó pszichológiai és orvosi adatokkal.

### 1.3. Az 1. vizsgálat összegzése

Három éves longitudinális vizsgálatunkban célként tűztük ki a transzplantáció által indukált intrapszichés konfliktusok és érzelmi-hangulati zavarok feltérképezését és megértését. Vizsgálatunk során a pácienseknél mért állapotszorongás átlagértéke a normál tartományba esett, melynek oka lehet, hogy a tesztfelvétel megfelelő pszichológiai előkészítés után történt, ami önmagában is szorongáscsökkentő hatású. Szervátültetés után azonban a páciensek számára fizikailag és pszichológiai értelemben is nagyon nehéz időszak következik. Az átültetett szerv pszichológiai szinten még nem saját, az úgynevezett „pszichés transzplantáció” még várat magára (De Pasquale és mtsai, 2010). Feltételezésünk szerint a negatívabb érzelmi és

hangulati állapot a szerv mentális reprezentációjának „felnagyítódásával” járhat együtt. Vizsgálatunkban a szorongóbb páciensek nagyobb méretben jelenítették meg a transzplantált szervet a projektív rajzteszten. Korábbi megfigyelések is beszámoltak arról, hogy komoly problémákhoz (akár a vese graft kilökődéséhez is) vezethet, ha a személy képtelen az új szervet testképébe integrálni (Castelnuovo-Tedesco, 1973; Joralemon, 1995).

Feltételezésünk szerint a szervátültetés megbonthatja a testkép integritását, mely a gyógyulási folyamatot is befolyásolhatja. Eredményeink szerint átlagosan három nappal tovább maradtak a klinikán azok a betegek, akik a projektív rajztesztben a testen kívülre és nagyobbra rajzolták a transzplantált szervet. Tendenciaszerű összefüggés mutatkozott a vonásszorongás és a műtét után lerajzolt vese mérete között is. Továbbá azoknál a pácienseknél mutatkozott nagyobb mértékű állapot- és vonásszorongás, akiknél a transzplantált szerv nem látja el megfelelően funkcióját (eGFR-besorolás mentén). Azok a páciensek, akiknél nem mutatkozott rejekeciós epizód a vizsgálati időszak alatt, magasabb testkép-differenciáltsági értéket és több pozitív attitűdöt mutattak a donorral kapcsolatban (ezt a Transzplantált Szerv Kérdőív eredményei tükrözték), továbbá kifejezettebb poszttraumatikus növekedésérzésről számoltak be, mint a rejekeciós csoport tagjai.

A vizsgálatban a betegség-reprezentációkat is felmértük, majd összevetettük a vese allograft hosszú távú működésével. A PRISM-D rajzteszt elemzése során a megjelenő térbeli formációk és a gyógyulási folyamatot jelző vesefunkciós értékek mentén is összefüggéseket találtunk. Azok a páciensek, akik a PRISM-D teszten „énpajzs” kódot kaptak a megjelenített körök térbeli alakzatára, a műtét után, a hazabocsátáskor szignifikánsan alacsonyabb szérum kreatinin és eGFR-értéket mutattak, mint azok, akik „hálózat” kódot kaptak. Tehát ha a beteg az életében fontos tényezőket „pajzsként”, azaz védő funkciójúként jeleníti meg, az a veseműködés orvosi paramétereiben is megmutatkozhat.

Logisztikus regressziós modellel sikerült igazolnunk a testkép komplexitás, a poszttraumatikus növekedés és a transzplantáció után, a hazaengedés előtt mért szérum kreatinin szint bejósoló erejét is. Ezen eredményünk összhangban van Dickenmann és munkatársai (2002) vizsgálatával, melyben szintén bizonyították a plazma kreatinin prediktív értékét a graft kilökődésében. Értelmezésünk szerint a kevésbé komplex, differenciálatlanabb rajz a testkép integritásának sérülésére utal. Ez összefüggésben állhat az elszigeteltség és az alacsonyabb önbecsülés érzésével is, mely a terápiás együttműködésre (kontrollra járás, gyógyszerek pontos szedése), és az általános megküzdési képességekre is negatív hatást gyakorol (Nesci és mtsai, 2001). A kevésbé részletes rajz a szorongás egyik indikátorának is

tekinthető, ami a lassabb fizikai és lelki felépüléssel is összefüggésben áll (Handler, 1967, Hjorth és Harway, 1981, Horwitz és mtsai, 2006; Machover, 1949). A kapott eredmények az idegen szerv elfogadásának nehézségére utalnak. Ezt tükrözi a rajzok színhasználata is. Eredményeink szerint a depresszív páciensek kevesebb, sötétebb színeket használtak a tesztfelvétel során, mely színek a fájdalom és a félelem érzéséhez kapcsolódnak (Vass, 2011). Az idő elteltével az emberrajz mérete nem változott a két tesztfelvétel során, a Hárدي-féle személyiség szintek és a Witkin testséma differenciáltsági szintek azonban magasabb értéket mutattak, ami a gyógyulás egyik mutatójának tekinthető. A második alkalommal felvett rajztesztben a lerajzolt vese mérete is szignifikánsan csökkent, ami a szerv pszichés integrálódásának folyamatára utalhat. Tehát feltételezésünk, mely szerint a testkép integritása (Witkin, 1962) és a rajztesztben megjelenített szerv mérete összefüggésben áll az érzelmi állapottal és a műtét sikerességével, igazolást nyert.

## 2. Keresztmetszeti vizsgálat: a pszichológiai rejekció és a donorral kapcsolatos érzések vizsgálata transzplantált páciensek körében

Az előző vizsgálatban bemutatott eredményeket nagyobb mintán is igazolni kívántuk, ezért egy keresztmetszeti vizsgálatot terveztünk a veseátültetésen átesett személyek körében. Továbbra is azt feltételeztük, hogy a szervátültetés által indukált intrapszichés konfliktusoknak a feltérképezése és megértése előre jelezheti a beültetett szerv optimális működését. Elsődleges célunk volt felmérni a páciensek érzelmi és hangulati állapotát, a transzplantált szervvel és a donorral kapcsolatos érzéseiket, illetve a poszttraumás növekedésérzés mértékét. A beültetett szervvel és a donorral kapcsolatos érzések és gondolatok felmérésére egy általunk lefordított és validált kérdőívet alkalmaztunk. A pszichológiai változókat összevetettük a beültetett vese működését jelző mutatókkal. Feltételeztük, hogy az idegen szerv elfogadásának nehézsége kapcsolatban áll a vese allograft (a beültetett vese) működésével és az érzelmi állapottal. Továbbá a poszttraumás növekedésérzés hipotézisünk szerint összefüggésben áll az érzelmi és hangulati állapottal és a gyógyulási folyamat minőségét tükröző élettani mutatókkal. A vizsgált változók között cirkuláris kapcsolatok meglétét tételeztük fel.

### 2.1. Módszer

#### Részvevők és a vizsgálat körülményei

A vizsgálati mintába a Szegedi Tudományegyetem Transzplantációs Ambulanciájára, kontrollvizsgálatra érkező, 18 évnél idősebb, több mint egy éve vesetranszplantált páciensek kerültek beválasztásra. A vizsgálatot 2013 júliusában kezdtük. A pszichológiai tesztek és kérdőíveket a Transzplantációs Ambulancián várakozás közben töltötték ki a páciensek. Az összeállított tesztbattéria kitöltése önkéntes alapon és önjellemző módon történt. A vesefunkciós értékek nyomon követése miatt rögzítettük a kontroll vizsgálatra érkezés napján, vagyis a tesztkitöltés napján történt vérvizsgálat eredményei közül a szérum kreatinin és az eGRF paramétereket, hogy értékelni tudjuk a transzplantáció sikerességét. A kutatást a Regionális Humán Orvosbiológiai Kutatásetikai Bizottság engedélyezte.

A mintából 21 fő nem, vagy hiányosan töltötte ki a kérdőíveket; az ő adataikat a statisztikai elemzésnél figyelmen kívül hagytuk. Így összesen 151, több mint egy éve cadaver

vesetranszplantáción átesett páciens került a mintába (87 férfi, átlag életkoruk 50,44 év, S.D.: 19,73, illetve 64 nő, átlag életkoruk 55,02 év, S.D.:12,27). Mintánkból a kérdőívet az időbeli stabilitás vizsgálata érdekében 30 fő 6 hét elteltével ismételten kitöltötte.

### Pszichológiai mérőeszközök

*Beck Depresszió Kérdőív (BDI)* - A kérdőív a depresszió egyes tüneteire kérdez rá (Beck és mtsai, 1961; Rózsa és mtsai, 2001).

*Spielberger-féle Vonás-és Állapotszorongás Kérdőív (STAI-T és STAI-S)* - A szorongás szintjének mérésére alkalmaztuk (Sipos és mtsai, 1994; Perczel és mtsai, 2005; Spielberger és mtsai, 1970).

*Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív (PTGI)* - A kérdőív a traumatikus eseményekkel való megküzdés során bekövetkező lehetséges pozitív változásokat tartalmazza (Tedeschi és Calhoun, 1996). A vizsgálat során a szervátültetés következtében megélt változásokra kérdeztünk rá.

*Transzplantált Szerv Kérdőív (TOQ)* - A kérdőív a transzplantált szervvel kapcsolatos reprezentációk mérésére szolgál, célja, hogy felmérje a büntudat, a hála vagy az adósság érzését, melyet a transzplantált páciensek megélhetnek a donorral kapcsolatban (Corruble és mtsai, 2012). Huszonnégy állítást tartalmaz, a tételek 6-fokú Likert-skálán értékelhetők. A kérdőív három alskálát tartalmaz: a „Pozitív attitűd”, a „Donorral kapcsolatos érzések” és a „Pszichológiai rejekció” alskálát. A kérdőív fordítását és validálását kutatócsoportunk végezte el. A szemantikai és tartalmi azonosság elérése érdekében a kérdőívet három független fordító magyarra fordította, majd a fordítók megállapodtak egy közös változatban, amelyet egy negyedik fordító visszafordított angolra. A visszafordított és az eredeti kérdőíveket a fordítók összevetették, és a javaslatok alapján megalkották a végleges verziót.

*Szociodemográfiai adatok* közül a lakhelyre, a végzettségre, a családi állapotra vonatkozó adatokat rögzítettük, továbbá rákérdeztünk a páciensek sportolási és dohányzási szokásaira.

## Orvosi adatok

A tesztfelvétel alkalmával elvégzett kontroll vérvizsgálat során meghatározott orvosi paraméterek közül a szérum kreatinin és a Becsült Glomeruláris Filtrációs Ráta (eGFR) értékét rögzítettük. A veseműködés csökkenésekor nő a vérben található kreatinin mennyisége, az eGFR pedig a legpontosabb adatot nyújtja a veseműködés megváltozásáról.

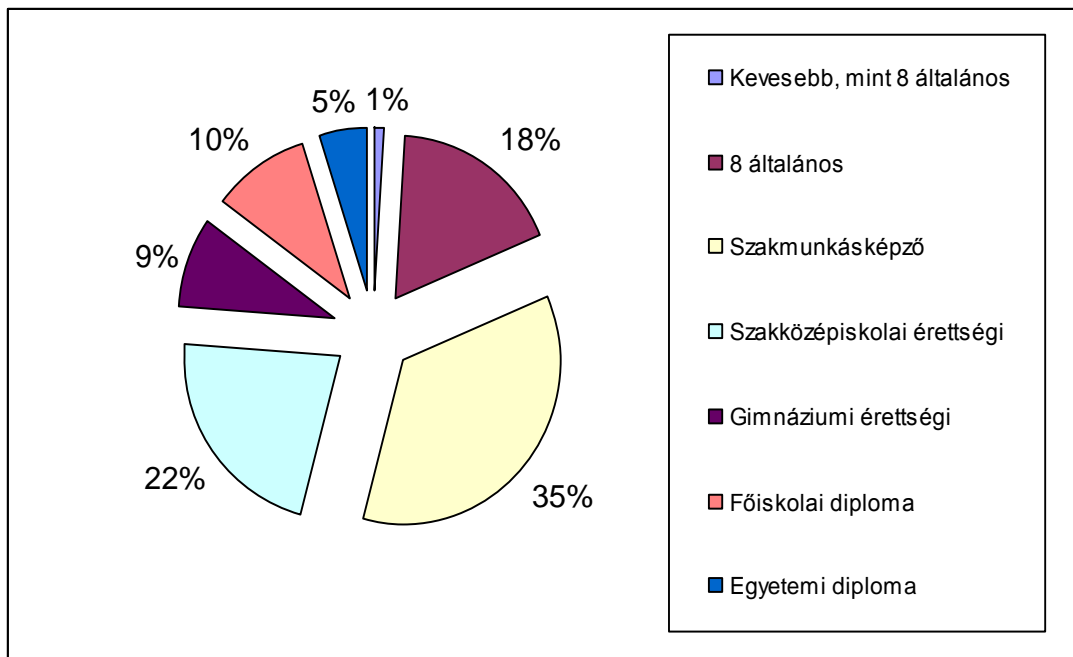
## Statisztikai eljárások

A számításokat az SPSS 17.0 statisztikai programcsomaggal végeztük. A kutatásban használt kérdőívek leíró statisztikáinak bemutatásához, valamint a minta jellemzőinek leírására átlagokat, szórásokat, a változók közötti kapcsolatok elemzésére Pearson- és Kendall-féle korrelációkat számoltunk. A skálák belső megbízhatóságát Cronbach-alfa mutatóval jellemeztük, a nemi és életkori különbségek vizsgálatára kétmintás t-próbát és annak nemparaméteres változatait, illetve varianciaanalízist használtunk. A Transzplantált Szerv Kérdőív faktorainak meghatározására faktorelemzést végeztünk, a kapott eredmények könnyebb értelmezhetősége érdekében pedig Varimax rotálást. Statisztikailag szignifikánsnak tekintettük, ahol a p-érték kisebb volt, mint 0,05.

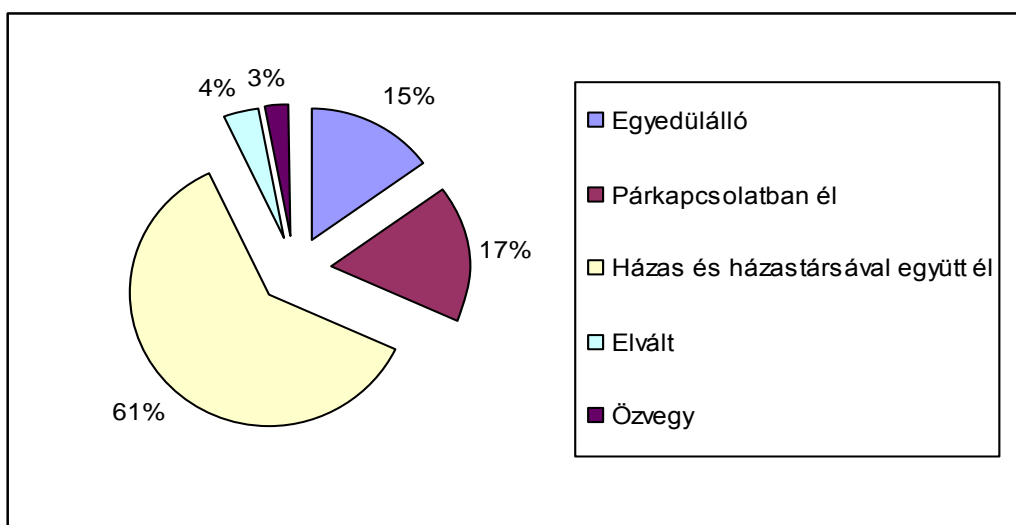
## 2.2. Eredmények

### Szociodemográfiai adatok

A páciensek 75 százaléka városban, 25 százaléka falun él. Az iskolai végzettség szerinti megoszlás a 12. ábrán látható. A páciensek többsége középiskolai végzettséggel rendelkezik. Egy, vagy egynél több gyermekes szülő a minta 72,5 százaléka, 27,5 % gyermektelen. A betegek 61 százaléka házas, és házastársával együtt él. A családi állapot szerinti megoszlás a 13. ábrán látható.



12. ábra. Iskolai végzettség szerinti megoszlás (N=151)



13. ábra. Családi állapot szerinti megoszlás (N=151)

A páciensek 64 százaléka rokkantsági ellátásban, 10 százaléka öregségi nyugdíjjarulékbán részesül. A 151 transzplantált páciens közül 23 fő aktív dolgozó. A dohányzási szokásokat kérdezve 11 fő vallotta, hogy rendszeresen rágyújt, 8 páciens alkalmanként cigarettázik. 64 fő már leszokott a dohányzásról, 68 személy pedig soha nem is próbálta.



## A megbízhatóság vizsgálata

Mérőskáláink megbízhatóságát (a kérdőív mennyire pontosan és hibamentesen képes mérni a jelenséget, amely mérésére tervezték) a belső konzisztencia megállapítására legelfogadottabb mérőszámmal, a Cronbach-féle alfa együttható meghatározásával ellenőriztük. A Cronbach alfa 0 és 1 közötti értéket vehet fel (Cronbach, 1990). Minél jobban közelít az 1-hez, annál megbízhatóbb a skála. A 14. táblázat mutatja a belső konzisztencia meghatározását a Transzplantált Szerv Kérdőív esetében. A módszer arról is számot ad, hogy egy-egy kérdés skálából való eltávolítása mennyire változtatja meg az alfa koefficiens értékét. Ha a tétel eltávolításával javul a belső konzisztencia (közelebb lesz az 1-hez), akkor ennek a kérdésnek a megszüntetésével megbízhatóbbá és egyben egyszerűbbé is válik a skála. Ha viszont az item eltávolításával romlana az alfa együttható értéke (közelebb lesz az 1-hez), akkor az állítás hozzátesz a skála megbízhatóságához. A 14. táblázat 2. oszlopában követhetjük nyomon, hogy miként változna a teljes skála megbízhatósága (alfa értéke), ha az adott kérdést eltávolítanánk. Az egyes kérdések eltávolításával a megbízhatóság értéke döntően nem változna meg, mely a kérdőív belső stabilitására utal.

<i>Kérdés sorszáma</i>	A kérdőív Cronbach's Alpha értéke, a tétel eltávolítása után	<i>Kérdés sorszáma</i>	A kérdőív Cronbach's Alpha értéke a tétel eltávolítása után
1	,886	13	,885
2	,885	14	,885
3	,884	15	,887
4	,894	16	,887
5	,893	17	,885
6	,893	18	,881
7	,891	19	,889
8	,892	20	,894
9	,892	21	,882
10	,893	22	,880
11	,882	23	,884
12	,884	24	,888

14. táblázat. A Transzplantált Szerv Kérdőívhez tartozó Cronbach Alpha értékek változása, ha a kérdőív egyes tételeit törölnénk

A kérdőív Cronbach alfa együtthatója 0,892, mely a valódi értékek és a mérési hiba közötti arányt fejezi ki. Vagyis a kérdőív 89%-ban valódi értékeket rögzített, 89%-ban

pontosan mérte a kívánt jelenséget. Megegyezés szerint 0,80 felett a skála megbízhatósága jónak mondható, 0,9 felett kiválónak. Szintén a kérdőív megbízhatóságára utal, hogy az alskálák vizsgálatakor elért alfa értékek (0,894; 0,874; 0,801) is magas megbízhatóságra utalnak (15. táblázat). A kapott értékek hasonlítanak az eredeti változatnál közölt eredményekhez, ahol a Cronbach alpha értéke 0,91, 0,76 és 0,56 (Corruble és mtsai, 2012). Az eredmények alapján arra a következtetésre jutottunk, hogy a transzplantációval kapcsolatos érzéseket és gondolatokat a Transzplantált Szerv Kérdőív magas megbízhatósággal mérte.

	<b>Cronbach alfa értéke</b>
<i>Transzplantált Szerv Kérdőív</i>	0,890
<i>Donorral kapcsolatos érzések és gondolatok skála</i>	0,894
<i>Transzplantált szervvel kapcsolatos pozitív attitűd skála</i>	0,874
<i>Pszichológiai Rejekció skála</i>	0,801

15. Táblázat. A Transzplantált Szerv Kérdőív belső megbízhatósági mutatói

A Transzplantált Szerv Kérdőív teszt-reteszt megbízhatósága hathetes újravétel után kiváló (N=30; Donorral kapcsolatos érzések  $p < 0,001$ ,  $r = 0,836$ ; Pozitív attitűd  $p < 0,001$ ,  $r = 0,930$ ; Pszichológiai Rejekció  $p < 0,001$ ,  $r = 0,930$ ), azaz a kérdőív időbeli megbízhatósága is megfelelő.

### Szociodemográfiai változókkal való kapcsolat

A Transzplantált Szerv Kérdőív alskáláin mért értékek nem különböztek a férfiak és a nők között ( $p$  minden esetben  $> 0,05$ ). A „Pozitív attitűd” ( $p = 0,016$ ,  $r = 0,195$ ) és a „Donorral kapcsolatos érzések” ( $p = 0,048$ ,  $r = 0,161$ ) skálák gyenge korrelációt mutattak az életkorral. A „Pszichológiai kilökődés” és a szociodemográfiai változók között nem találtunk szignifikáns összefüggést ( $p$  minden esetben  $> 0,05$ ). Az iskolázottság és a családi állapot egyik skálával sem mutatott szignifikáns korrelációt ( $p > 0,05$ ).

## Faktorelemzés

Varimax-elforgatással kiegészített főkomponensű faktor analízist végeztem, mely segítségével az egy faktorra eső magas faktorsúlyú változók számát maximalizálhatjuk (Sajtos, Mitev, 2006). Ez a módszer stabilabb és jobban szétválasztja a faktorokat a többi eljáráshoz képest, ami segít a faktorok értelmezése során.

Állítások	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
2	<b>,721</b>	-,064	,231
11	<b>,842</b>	,060	,133
12	<b>,766</b>	,012	,160
13	<b>,832</b>	,017	-,046
14	<b>,843</b>	,084	-,061
15	<b>,649</b>	,183	,052
16	<b>,625</b>	,168	,158
17	<b>,622</b>	,119	,226
1	,468	,202	<b>,329</b>
3	,383	,108	<b>,653</b>
6	,080	-,078	<b>,754</b>
18	,493	,065	<b>,671</b>
19	,102	-,030	<b>,822</b>
21	,538	-,022	<b>,566</b>
22	,666	,085	<b>,453</b>
24	,338	-,064	<b>,619</b>
4	,040	<b>,720</b>	-,035
5	,146	<b>,679</b>	-,200
7	,137	<b>,768</b>	,074
8	,108	<b>,565</b>	,121
9	,067	<b>,791</b>	,067
10	,150	<b>,786</b>	-,179
20	-,049	<b>-,019</b>	,084
23	-,096	<b>,550</b>	-,026

16. táblázat. Transzplantált Szerv Kérdőív Varimax elforgatással kiegészített faktoranalízise

A Transzplantált Szerv Kérdőív esetében a Bartlett-teszt eredménye szignifikáns, vagyis a változók között összefüggés mutatkozik. A Kaiser-Meyer-Olkin kritérium értéke 0,845, mely nagyon jónak számít, vagyis a változók alkalmasak faktorelemzésre. Az elemzés során kapott faktorok megfelelnek a kérdőív eredeti skáláinak (16. táblázat). A 20. állítás faktorsúlya azonban nagyon alacsony, csupán -0,019. A faktorsúlynak nagy minta esetén is legalább 0,3-nak kell lennie, hogy figyelembe vegyük és legalább 0,5-nek, hogy gyakorlati szempontból is jelentősnek tekintsük. A többi tétel faktorsúlya megfelelő.

### Validitásvizsgálat

A validitás megmutatja számunkra, hogy a kérdőív valóban azt a jelenséget méri, amire tervezték. Természetesen a megbízhatóság és a validitás egymástól nem független fogalmak, mivel az a kérdőív, mely nem megbízható, nem lehet valid sem. A résztvevők a mérőeszközt érthetőnek találták, mely a tesztkitöltési motivációt, az együttműködési hajlandóságot is növeli.

A validitásvizsgálatba bevont skálák között szerepel a Spielberger-féle Szorongás Kérdőív, a Beck Depresszió Kérdőív és a Poszttraumatikus Növekedés Kérdőív. A Transzplantált Szerv Kérdőív „Pszichológiai Rejekció” alskálája és a Depresszió kérdőív ( $p=0,001$ ,  $r=0,219$ ) illetve a Vonás- és ( $p=0,017$ ,  $r=0,1509$ ) Állapotszorongás ( $p=0,035$ ,  $r=0,134$ ) kérdőív között szignifikáns összefüggések mutatkoztak. Corruble és munkatársai (2012) szintén korrelációt találtak a BDI és a „Pszichológiai Rejekció” alskála között. A Transzplantált Szerv Kérdőív „Pozitív attitűd” alskálája szignifikáns korrelációt mutat a Poszttraumatikus Növekedés Kérdőív összesített pontszámával és alskáláival egyaránt ( $p$  minden esetben kisebb, mint 0,05, a legkisebb korreláció 0,146, a legnagyobb 0,290). A „Donorral kapcsolatos érzések” alskála szintén szignifikánsan korrelál a PTGI összesített pontszámával és alskáláival ( $p$  minden esetben  $<0,05$ ), kivéve az PTGI „Új lehetőségek” alskáláját, ahol tendenciaszerű összefüggés mutatkozik ( $p=0,081$ ,  $r=103$ ).

A Transzplantált Szerv Kérdőív prediktív érvényességének vizsgálatakor a „Pszichológiai Rejekció” alskála és a szérum kreatinin érték ( $p <0,001$ ,  $r=0,238$ ) pozitív korrelációt mutat, az eGFR ( $p <0,001$ ,  $r=-0,231$ ) érték mentén pedig negatív irányú összefüggést találtunk. Tehát minél magasabb a vérben található mérgegyanyag mennyisége, és minél alacsonyabb a veseműködést jelző Becsült Glomerulus Filtrációs Ráta (eGFR), annál magasabb pontszámot ért el a páciens a „Pszichológiai Rejekció” alskálán. A kérdőív

megalkotói (Corruble és mtasi, 2012) a „Pszichológiai Rejekció” és a mortalitási arány között találtak összefüggést.

### Vesefunkciós értékek és a pszichológiai változók

A veseműködés csökkenésekor megemelkedik a szérum kreatinin koncentrációja. A kreatinin érték alapján kétfelé bontottuk a mintát:

1. csoport (N=106): szérum kreatinin érték kisebb, mint 180  $\mu\text{mol/l}$
2. csoport (N=45): szérum kreatinin érték nagyobb vagy egyenlő, mint 180  $\mu\text{mol/l}$

A Transzplantált Szerv Kérdőív három alskálája közül a „Pszichológiai Rejekció” mentén különült el egymástól a két csoport. A magas szérum kreatinin értéket mutató betegek szignifikánsan magasabb pontszámot értek el ezen az alskálán ( $p=0,001$ ,  $t=5,17$ ,  $df=149$ ). A kor, az iskolai végzettség vagy a családi állapot tekintetében nem volt szignifikáns eltérés a két csoport között ( $p$  minden esetben  $>0,05$ ). A Poszttraumatikus Növekedés Kérdőív, a szorongás és a depresszió tekintetében sem mutatkozott szignifikáns eltérés a csoportok között (minden esetben  $p>0,05$ ).

A következő lépésében a vesetranszplantált betegek Becsült Glomerulus Filtrációs Ráta (eGFR) alapján képzett csoportjait hasonlítottam össze. Az eGFR a legpontosabb adatot nyújtja a veseműködés megváltozásáról. A normál eGFR érték azt jelenti, hogy nem valószínűsíthető vesebetegség fennállása, a csökkent eGFR érték azonban arra utal, hogy valamilyen vesekárosodással állunk szemben. A pácienseket az eGFR értéknek megfelelően a Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DQOI, 2002) útmutatásai szerint a vesebetegség súlyosságát mutató három stádiumba osztottuk:

1. csoport (N=38):  $eGFR \geq 60 \text{ ml/perc/1,73m}^2$   
Krónikus vesebetegség 1-2. stádiuma.
2. csoport (N=64):  $60 \text{ ml/perc/1,73m}^2 > eGFR \geq 30 \text{ ml/perc/1,73m}^2$   
Krónikus vesebetegség 3. stádiuma, felkészülés a vesepótló kezelésre
3. csoport (N=46):  $eGFR < 30 \text{ ml/perc/1,73m}^2$   
Krónikus vesebetegség 4-5. stádiuma, ha az eGRF  $15 \text{ ml/perc/1,73m}^2$  alá csökken, dialízis vagy újabb transzplantáció válik szükségessé.

Összesen 148 fő eGFR szerinti adatait tudtuk elemezni, mivel ezt az értéket 75 éves kor felett nem értelmezzük (a mintánkban 3 fő 75 év feletti). Minden változó tekintetében összehasonlítottam a három csoportot. Az eredmények alapján szignifikáns különbség mutatkozott a csoportok között a szérumban lévő kreatinin értékben. Átlagosan a 3. csoport értéke volt a legmagasabb (382,87, S.D.:250,74), és az 1. csoport szérumban lévő kreatinin szintje volt a legalacsonyabb (95,11 S.D.: 27,80). Tehát a várt eredményt kaptuk, az 1. csoport vérében található mérgezőanyag szintje a legalacsonyabb, vagyis az ebbe a csoportba tartozó transzplantált páciensek vesefunkciós értékei szignifikánsan jobbak, mint a második és harmadik csoportba tartozó betegeknél mért értékek ( $p < 0,001$ ,  $F = 55,73$ ). A kor, az iskolai végzettség, a családi állapot vagy a gyermekek számát tekintve nem volt szignifikáns eltérés a három csoport között ( $p$  minden esetben nagyobb, mint 0,05). A szorongás pontszámok sem különböztek a csoportok között ( $p > 0,05$ ).

A Transzplantált Szerv Kérdőív „Pozitív attitűd” skáláján nem volt jelentős különbség a csoportok között ( $p = 0,659$ ,  $F = 0,41$ ) a „Pszichológiai Rejekció” skáláján azonban szignifikáns eltérések mutatkoztak (17. táblázat). A rosszabb vesefunkciós eredményekkel bíró betegek szignifikánsan magasabb értéket értek el a „Pszichológiai Rejekció” skálán ( $p < 0,001$ ,  $F = 10,59$ ). A „Donorral kapcsolatos érzések” skála tendenciaszerű összefüggésben áll a vese működésével, vagyis a jó vesefunkcióval rendelkező páciensek több érzést és gondolatot élnek át a donorral kapcsolatban, mint a rosszabb veseműködéssel bíró betegek ( $p = 0,067$ ,  $F = 2,75$ ). A Poszttraumatikus Növekedés Kérdőív összesített pontszámában nem találtunk különbséget a három csoport között, azonban a „Spirituális változás” skálán ( $p = 0,065$ ,  $F = 2,78$ ) tendenciaszerű eltérés mutatkozott.

		N = 98	Átlag	Std. Dev.	F	Sig.
1. csoport: eGFR $\geq$ 60 ml/perc/1,73m <sup>2</sup>						
2. csoport: 60 ml/perc > eGFR $\geq$ 30 ml/perc /1,73m <sup>2</sup>						
3. csoport: eGFR < 30 ml/perc/1,73m <sup>2</sup>						
TOQ kérdőív – Donorral kapcsolatos érzések és gondolatok skála	1. csoport	38	9,08	8,97	2,75	<b>0,067</b>
	2. csoport	64	5,44	5,47		
	3. csoport	46	6,89	8,64		
TOQ kérdőív – Pozitív attitűd skála	1. csoport	38	18,18	9,17	0,41	0,659
	2. csoport	63	16,44	9,49		
	3. csoport	43	16,54	11,01		
TOQ kérdőív – Pszichológiai rejekció skála	1. csoport	38	1,05	2,39	10,59	<b>&lt;0,001</b>
	2. csoport	63	1,30	1,84		
	3. csoport	43	4,70	7,03		

17. táblázat: Az eGFR érték és a Transzplantált Szerv Kérdőív összefüggései

### 2.3. A 2. vizsgálat összegzése

Vizsgálatunkban a beültetett szervvel kapcsolatos érzések és gondolatok felmérésére egy általunk lefordított és validált kérdőívet alkalmaztuk. Felmértük továbbá a transzplantált páciensek érzelmi és hangulati állapotát, illetve a poszttraumás növekedésérzés mértékét. A pszichológiai változókat összevetettük a vese allograft működését jelző mutatókkal.

A Transzplantált Szerv Kérdőív megbízhatóságának vizsgálatakor megállapítottuk, hogy a kérdőív 89%-ban pontosan mérte a kívánt jelenséget. Az eredmények alapján arra a következtetésre jutottunk, hogy a transzplantációval kapcsolatos érzéseket és gondolatokat a Transzplantált Szerv Kérdőív magas megbízhatósággal mérte. A kérdőív teszt-reteszt megbízhatósága hathetes újrafelvétel után kiváló, vagyis a kérdőív időbeli megbízhatósága is megfelelő. A faktorelemzés során kapott alskálák megfelelnek a kérdőív eredeti felosztásának. A validitás vizsgálatakor több szignifikáns összefüggést találtunk a kérdőív és az érzelmi-hangulati állapot illetve a PTGI között.

Kiemelkedő kutatási eredményünk, hogy a rosszabb vesefunkciós eredményekkel bíró betegek szignifikánsan magasabb értéket értek el a „Pszichológiai Rejekció” skálán, mint azok a páciensek, akiknél a beültetett szerv optimálisan működött. A „Donorral kapcsolatos érzések” skála tendenciaszerű összefüggésben állt a vese működésével, vagyis a jó vesefunkcióval rendelkező páciensek több érzést élnek át a donorral kapcsolatban, mint a rosszabb veseműködéssel bíró betegek. Ezáltal feltételezésünk, mely szerint az idegen szerv elfogadásának nehézsége összefüggésben áll a vese allograft működésével, igazolást nyert.

### 3. Longitudinális vizsgálat: A vesetranszplantációs várólistán lévő páciensek pszichés állapotának felmérése és hosszú távú nyomon követése

Eredményeink alapján kíváncsiak voltunk, hogy a transzplantációt megelőző pszichés állapot miképp befolyásolja a szervátültetés sikerességét. Ezért egy longitudinális vizsgálatot terveztünk, melynek során első lépésként a vesetranszplantációs várólistán lévő páciensek pszichés státuszát mérjük fel. A betegeket hosszú távon nyomon követjük, a szervátültetés után meghatározott időközönként rögzítjük az orvosi adataikat és a pszichológiai tesztek eredményeit. Jelen dolgozatban a vizsgálat első lépéséről, vagyis a várólistán lévő betegekkel folytatott tesztfelvétel eredményiről fogok beszámolni. Ez a kutatás jelenleg is tart, az elemszámot folyamatosan bővítjük és a már transzplantációs átesett páciensek testi és lelki felépülését hosszú távon követjük.

Dialíziskezelésre szoruló betegek körében az életet fenyegető betegség jelenléte, a rendszeres géphez kötöttség és a kiszolgáltatottság érzése kimeríthetik a páciensek tartalékait, ezért elsődleges célunk volt felmérni a betegek érzelmi és hangulati állapotát, a betegségükről kialakított reprezentációkat és a számukra fontos erőforrásokat. A beteggé válás, a gyógyíthatatlan betegség jelenléte a szubjektum számára traumatikus tapasztalat (Csabai és Erős, 2000; Jaspers, 1987; Pintér, 2013). Valamely testi funkció elvesztése a legdirektebb traumatikus élmény. A szelfintegritás, a testi integritás sérül, mely együtt járhat az életcélok, a jövőkép, az önbizalom elvesztésével is. A traumához való pozitív adaptáció vizsgálatával kíváncsiak voltunk, hogy a poszttraumás növekedésérzés miképp befolyásolja páciens érzelmi- és hangulati állapotát és a betegségről kialakított képét. A vizsgált változók között cirkuláris kapcsolatok meglétét tételeztük fel.

#### 3.1. Módszer

##### Résztevők és a vizsgálat körülményei

A vizsgálati mintába a Szegedi Tudományegyetem Dialízis Központjában kezelés alatt álló, 18 évnél idősebb páciensek kerültek beválasztásra, akik szerepelnek a vesetranszplantációs várólistára. A vizsgálatot 2014 februárjában kezdtük. Az összeállított tesztbatteria kitöltése önkéntes alapon és önjellemző módon történt. A kutatást a Regionális Humán Orvosbiológiai Kutatás- és Szakmai Bizottság engedélyezte. A mintába eddig 22 vesepótló kezelésben részesülő



páciens került (13 férfi, átlag életkoruk 48,08 év, S.D.: 12,38, illetve 9 nő, átlag életkoruk 46,33 év, S.D.:10,15).

### Pszichológiai mérőeszközök

*Beck Depresszió Kérdőív (BDI)* - A kérdőív 21 tételt tartalmaz, amely a depresszió egyes tüneteire kérdez rá (Beck és mtsai, 1961; Rózsa és mtsai, 2001).

*Spielberger-féle Vonás-és Állapotszorongás Kérdőív (STAI-T és STAI-S)* - A szorongás szintjének mérésére alkalmaztuk (Sipos és mtsai, 1994; Perczel és mtsai, 2005; Spielberger és mtsai, 1970).

*Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív (PTGI)* - A 21 tételes kérdőív a traumatikus eseményekkel való megküzdés során bekövetkező lehetséges pozitív változásokat tartalmazza (Tedeschi és Calhoun, 1996). A teszt felvétele során a vesebetegség következtében megélt lehetséges változásokra kérdeztünk rá.

*Projektív rajzteszt* - A betegség- és testrepresentációkat a korábban is bemutatott, általunk kidolgozott rajzteszttel vizsgáltuk. A páciensek egy A4-es fehér lapot és 12 színes ceruzát kaptak, és megkértük őket, hogy rajzolják le saját magukat. Amikor elkészültek, a dialízis kezelt betegeknek a saját (beteg) veséjük lerajzolása volt a következő instrukció, a transzplantáció után pedig a beültetett szerv lerajzolását kérjük majd. Az elemzés során, ahogy a korábbi vizsgálatunkban is, rögzítettük a felhasznált színek számát, az emberrajz magasságát, a lerajzolt szerv méretét (hosszúság), a Witkin-féle ötfokú testséma-differenciáltsági értéket (1962) és a Hárdi-féle személyiségszinteket (2002).

*PRISM Nonverbális rajzteszt* – a munkacsoportunk által továbbfejlesztett, fentebb már részletesen bemutatott PRISM-D (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) nonverbális tesztet alkalmaztuk, mely elsősorban a verbálisan nehezen hozzáférhető, kórházban tartózkodó személyek betegségfelfogását, az Én és a betegség észlelt távolságát vizsgálja (Büchi és Senky, 1999; Havancsák és mtsai, 2013a).

*Szociodemográfiai adatok* közül a lakhelyre, a végzettségre, a családi állapotra vonatkozó adatokat rögzítettük, továbbá rákérdeztünk a vesepótló kezelés fajtájára, a krónikus veseelégtelenség diagnózisának idejére és páciensek sportolási és dohányzási szokásaira.

A részletes vizsgálati tervet az alkalmazott mérőeszközökkel a 18. táblázat mutatja be.

	<b>IDŐPONT</b>	<b>MÉRŐESZKÖZÖK</b>
<i>PSZICHOLÓGIAI TESZTEK</i>	Transzplantációs várólistára kerülés követően	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Általános demográfiai adatok</li> <li>- Spielberger-féle Állapot-és Vonás Szorongás Kérdőív</li> <li>- Beck Depresszió Kérdőív</li> <li>- Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív</li> <li>- Kombinált Szerv-és Emberrajz Teszt</li> <li>- PRISM Nonverbális Teszt</li> </ul>
<i>PSZICHOLÓGIAI TESZTEK ÉS ORVOSI ADATOK</i>	Transzplantáció után 1, 3, 6 hónappal, majd évente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spielberger-féle Állapot-és Vonás Szorongás Kérdőív</li> <li>- Beck Depresszió Kérdőív</li> <li>- Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív</li> <li>- Kombinált Szerv-és Emberrajz Teszt</li> <li>- PRISM Nonverbális Teszt</li> <li>- Transzplantált Szerv Kérdőív</li> <li>- Szérum kreatinin érték</li> <li>- Vérvizsgálat (szérum kreatinin, eGFR)</li> <li>- Biopszia (kilökődés)</li> <li>- Kórházban töltött napok száma</li> <li>- HLA egyezés</li> <li>- Hideg isémiás idő</li> </ul>
<i>ORVOSI ADATOK</i>	Transzplantáció utáni napokon, 1 hónap múlva, majd negyedévente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérvizsgálat (szérum kreatinin, eGFR)</li> <li>- Biopszia (kilökődés)</li> </ul>

18. táblázat. Vesetranszplantációra váró páciensek követéses vizsgálatának terve

### Orvosi adatok

A vizsgálat tervezete szerint a klinikai vérvizsgálat során meghatározott orvosi paraméterek közül a szérum kreatinin és a Becsült Glomerulus Filtrációs Ráta (eGFR) értékét rögzítjük majd több időpontban (a transzplantáció utáni 5. és 10. posztoperatív napon, hazabocsátás előtt, majd három éven keresztül a negyedévente esedékes kontrollvizsgálatok alkalmával). Továbbá a klinikai és a szövettani kritériumok alapján az akut és/vagy krónikus graft kilökődést (rejekció) is nyomon követjük a műtétet követő három évben. A donor és a recipiens közötti HLA-eltéréseket is elemezzük. Ezen kívül a hideg ischémiás időt, a recipiens társbetegségeit, a krónikus veseelégtelenség diagnózisa óta eltelt időt és a donor életkorát is rögzítjük a kutatás során. Ezeket az orvosi adatokat még nem tudjuk bemutatni, mivel ez a kutatás még folyamatban van, terveink szerint három év múlva éri el az elemszám a statisztikailag

értékelhető mennyiséget. Jelen fejezetben a várólistán lévő páciensekkel felvett pszichológiai kérdőívek értékelését mutatjuk be.

## Statisztikai eljárások

A számításokat az SPSS 17.0 statisztikai programcsomaggal végeztük. A kutatásban használt kérdőívek leíró statisztikáinak bemutatásához, valamint a minta jellemzőinek leírására átlagokat, szórásokat, a változók közötti kapcsolatok elemzésére Pearson- és Kendall-féle korrelációkat számoltunk. A nemi és életkori különbségek vizsgálatára kétmintás t-próbát és annak nemparaméteres változatait, illetve varianciaanalízist használtunk. Statisztikailag szignifikánsnak tekintettük, ahol a p-érték kisebb volt, mint 0,05.

## 3.2. Eredmények

### Szociodemográfiai adatok

A páciensek 75%-a városban, 22%-a falun él. 45% középfokú, 30% felsőfokú végzettséggel rendelkezik. 8 fő aktív dolgozó, 6 páciens rokkantsági ellátásban, 2 fő öregségi nyugdíjjarulékból részesül. Egy, vagy egynél több gyermekes szülő a minta 70 százaléka, 30% gyermektelen. A páciensek 45%-a házas és házastársával együtt él, 15% egyedülálló. A vizsgálati minta fele párkapcsolatban él. Saját bevallásuk szerint a páciensek 30%-a rendszeresen sportol. A dohányzási szokásokat kérdezve 3 fő vallotta, hogy rendszeresen rágyújt, 5 páciens alkalmanként cigarettázik. 7 fő már leszokott a dohányzásról, 5 személy pedig soha nem is próbálta. A pácienseknek 50% peritoneális dialízisben részesül, míg másik részük haemodialízisben.

### Depresszió és szorongás dializált páciensek körében

A páciensek körében mért állapotssorongás (STAI-S átlag=36,55, SD=13,05) értéke a normál tartományba esett. Klinikailag jelentős vonássorongást (STAI-T>52 pont) a páciensek 15 százalékánál észleltünk. Enyhe depressziós állapot egy főnél, közepes súlyos két páciensnél volt

kimutatható. A depresszió átlagértéke a mintában 6,4 (SD=6,22). A nemek között és a testmozgást tekintve egyik változónál sem találtunk szignifikáns különbséget (p minden esetben>0,05). Átlagosan a páciensek 19 hónapja szorulnak dialízisre (SD=40,19). Az érzelmi- és hangulati állapotot nem befolyásolta az a tény, hogy a páciensek mióta állnak vesepótló kezelés alatt (p>0,05). A depresszió szintje pozitívan korrelál a vonás- és állapotsszorongás értékével (STAI-T p=0,021, r =0,514; STAI-S p=0,046, r= 0,451, N= 22). A transzplantált és várólistán lévő dialízisre szoruló páciensek között nem találtunk szignifikáns különbséget a szorongás és a depresszió mértékében (p minden esetben>0,05).

### Poszttraumatikus növekedés mértéke

A páciensek átlagosan 57 pontot értek el a Poszttraumatikus Növekedés kérdőíven (S.D.=16,25). A „Másokhoz való viszony” skála átlagértéke volt a legmagasabb (19,33, S.D.=5,96), míg a legalacsonyabb pontszám a spirituális változás tekintetében mutatkozott (átlag=2,43, S.D.=2,81). Korábban bemutatott kutatásunkban a vesetranszplantáción átesett páciensek hasonló értékeket értek el, az összesített pontszám átlaga esetükben 52,35 (S.D.=25), és szintén a „Másokhoz való viszony” skála tekintetében mutatkozott a legnagyobb pozitív irányú változás (átlag=17,12, S.D.=9,43), illetve a spirituális dimenzió a legkevesebb fejlődés (átlag=2,47, S.D.=3,02).

### A hangulati állapot és a projektív rajzteszt

Az emberrajz tesztekét Witkin testséma-differenciáltsági skálája és a Hárdi-féle személyiségszintek mentén elemeztük. Három független kódoló konszenzusa alapján értékeltük a rajzokat. Amint azt a fentiekben részletesen bemutattuk, a Witkin-féle testkép-differenciáltság alapján a magas pontszám tagolt testképre és világos testhatárookra utal, míg az alacsonyabb szint a tagolatlan, differenciálatlan rajzokra jellemző és a testhatárok széthullására következtethetünk (19. táblázat).

<b>Witkin-féle testkép komplexitás</b>		<b>Gyakoriság</b>	<b>%</b>
<i>Érték</i>	1	4	18,2
	2	4	18,2
	3	3	13,6
	4	9	40,9
	5	2	9,1
	<i>Összesen</i>	22	100

19. táblázat. A Witkin-féle testkép komplexitás leíró statisztikája (N=22)

Szintén részletesen szóltunk a korábbi két vizsgálat leírásakor a Hárdi-féle személyiségszintekről, melyek a személyiség integrációjáról és az esetleges regresszív folyamatokról árulkodnak. A magasabb pontszámok összességében jobb globális alkalmazkodásról és a személyiség magasabb integrációs nivójáról árulkodnak, az alacsonyabb pontszámokból pedig a személyiség rigiditására következtethetünk. A Hárdi-féle szintek leíró statisztikáját a jelen vizsgálatban a 20. táblázat mutatja be.

<b>Hárdi-féle személyiségszintek</b>		<b>Gyakoriság</b>	<b>%</b>
<i>Érték</i>	1	3	13,6
	2	6	27,3
	3	3	13,6
	4	9	40,9
	5	1	4,5
	<i>Összesen</i>	22	100

20. Táblázat. A Hárdi-féle személyiségszintek leíró statisztikája vesetranszplantációra váró páciensek körében (N=22)

A Witkin-féle testséma differenciáltsági szintek és a Hárdi-féle személyiségszintek között erős korreláció jelentkezett ( $p < 0,001$ ,  $r = 0,95$ ). A több éve vesetranszplantált és dializált páciensek körében mért Witkin-féle differenciáltsági szintek között nem mutatkozott szignifikáns eltérés ( $p = 0,465$ ), a Hárdi-féle szintekben azonban tendenciaszerű eltérés mutatkozott ( $p = 0,061$ ,  $t = -1,90$ ). A dializált páciensek által rajzolt saját és a transzplantált betegek által megjelenített átültetett szerv méretét illetően nem volt különbség a két minta

között. Az emberrajz méretében azonban tendenciaszintű különbséget találtunk ( $p=0,067$ ,  $t=1,84$ ): dializált betegeknél az emberrajz átlagértéke 13,29 (S.D.=5,99), míg a transzplantált pácienseknél ez az érték 10,69 (S.D.=5,35). A vesepótló kezelésben részesülő betegek a projektív rajzeszten saját veséjüket 68%-ban a testen belülré rajzolták, míg a transzplantált pácienseknek a fele a beültetett vesét a testen kívül jelenítette meg. Dializált betegek közül általában azok rajzolták a szervet az emberrajzon kívülre, akiknek a veséje összezsugorodott vagy megnagyobbodott.

A PRISM-D nonverbális rajzeszteren rögzítettük a megjelenített „betegség” kör területét, a szelf és a betegség távolságát és az összes felhasznált területet (betegség kör kivételével). A transzplantált és dializált pácienseket összehasonlítva az én és a betegség közötti távolságban találtunk különbséget (lásd 21. táblázat). A vesepótló kezelésben részesülő betegek szignifikánsan ( $p=0,006$ ,  $t=-2,85$ ) közelebb rajzolták a szelfhez a betegséget, mint a transzplantált páciensek. A betegség területét, az erőforrásként megjelenített körök számát illetően nem találtunk szignifikáns különbséget a két csoport között ( $p$  minden esetben  $> 0,05$ ).

<b>0 - dialízis kezelésben részesülők</b>		<b>N</b>	<b>Átlag</b>	<b>Std. Dev.</b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>
<b>1 – transzplantált páciensek</b>						
<i>Betegség területe</i>	0	22	30,13	30,13	0,38	0,699
	1	50	24,95	24,95		
<i>Szef és betegség távolsága</i>	0	22	4,87	4,87	-2,85	<b>0,006</b>
	1	50	9,74	9,74		
<i>Körök száma</i>	0	22	5,45	5,45	-0,28	0,775
	1	50	5,68	5,68		
<i>Betegség átmérője</i>	0	22	4,80	4,80	0,93	0,356
	1	49	3,80	3,80		

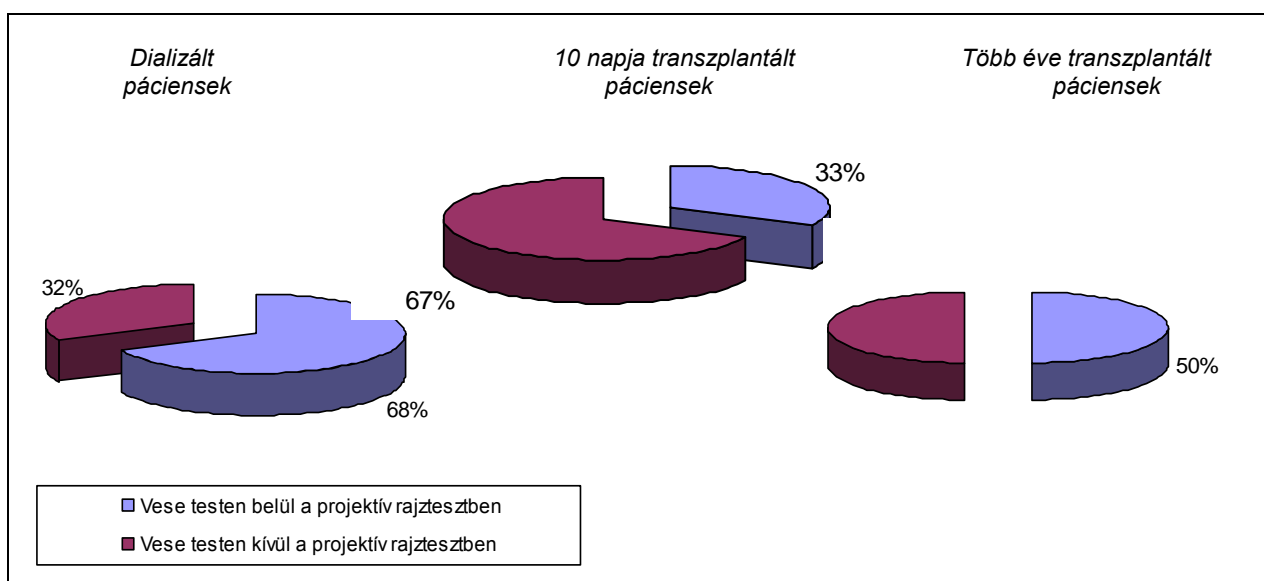
21. táblázat. PRISM-D teszt eredményei transzplantált és dializált betegek között

Az elemzés következő lépéseként célunk volt betekintést nyerni a páciensek által kiemelkedően fontos életterületekként ábrázolt tartalmakba, ezért a jelentések gyakoriságát vizsgáltuk. Egyenként rögzítettük a körök területeit, majd az azonos jelentéssel bíró körök területeit összeadtuk. A páciensek által felcímkézett köröket három független kutató áttanulmányozta, majd négy fő tartalmi kategóriába sorolta: jelentős mások, szabadidő, pozitív jövőkép és egzisztencia. A transzplantált páciensekhez hasonló arányban, a dialízis-kezelt

betegek 95 százaléka ábrázolta a jelentős kapcsolatokat. A szabadidős tevékenység kisebb arányban, 22%-ban jelent meg. A munka, egzisztencia területét 20%-kal többen, összesen 45%-ban rajzolták fel. Az egészséget, jövőbeni célokat viszont már kevesebben, csupán 27%-uk jelölte a teszten.

A PRISM-D rajztesztet a megjelenő térbeli formációk mentén is elemeztük. Három független kódoló öt kategória mentén kódolta a teszteket: énpajzs, védővonal, hálózat, énrész, összeolvadás. A dializált páciensek körében felvett PRISM-D tesztek közül 31,8 százalékuknál jelent meg az „Hálózat” térbeli formációját. Az „Énpajzs”, az „Énrész” és az „Összeolvadás” formációk azonos gyakorisággal, 18,2%-kal fordultak elő. Ezt követi a „Hálózat” kategória, mely a betegek 26%-nál fordult elő. A „Betegségpajzs” 9,1%-ban, a „Védővonal” 4,5%-ban jelent meg. Az eredmények arra utalnak, hogy a dializált betegekre kevésbé jellemző az „Énpajzs” formációja, míg a transzplantált páciensek több mint egyharmada szimbolikusan megvédte énjét a betegséggel szemben. Esetükben a védelem az alacsonyabb szorongást tekintve konkrétan meg is valósult.

A három csoport (10 napja, több éve transzplantált, illetve dializált páciensek) között Anova-próba segítségével több változó között is szignifikáns különbségeket találtunk (22 és 23. táblázat). A projektív rajztesztben a vesét a pár napja transzplantáción átesett betegek rajzolták szignifikánsan nagyobbra, az átlagértéket tekintve a több éve transzplantált vesével élők már kisebb méretben jelenítették meg a szervet, majd a legkisebb vesét rajzolták a saját, ám beteg szervvel élő dializált betegek (22. táblázat).



22. táblázat: Dializált, pár napja és több éve transzplantált pácienseknél a vese helyzete a projektív tesztben (n=22)

Az állapotsszorongás átlag-értéke a dialízis-kezelt és a pár napja transzplantált betegeknél mutatott tendenciaszerűen magasabb értéket, a több éve szervátültetésen átesett betegekkel összehasonlítva (23. táblázat). A Hárدي-féle személyiség szinteket illetően is tendenciát sikerült kimutatnunk, a legmagasabb átlagértéket a csoportok között a több éve transzplantált páciensek érték el, míg a legalacsonyabb eredményt a dializált páciensek kapták. A Witkin-szinteket illetően nem mutatkozott szignifikáns különbség a csoportok között ( $p$  minden esetben  $<0,05$ ).

<i>0 - Dialízis kezelés alatt álló páciensek (N=22)</i>		Átlag	p
<i>1 - 10 napja transzplantált páciensek (N=80)</i>			
<i>2 - Több éve transzplantált páciensek (N=50)</i>			
Depresszió	0	6,40	0,306
	1	5,01	
	2	4,27	
Állapotszorongás	0	36,55	<b>0,082</b>
	1	35,76	
	2	31,89	
Vonásszorongás	0	38,75	0,286
	1	37,85	
	2	35,26	
Hárدي-féle szintek	0	2,95	<b>0,068</b>
	1	3,16	
	2	3,51	
Witkin-féle szintek	0	3,05	0,265
	1	2,53	
	2	2,78	
Emberrajz mérete	1	13,29	0,127
	2	10,91	
	3	10,69	
Vese mérete a rajztesztben	0	1,63	<b>0,003</b>
	1	3,61	
	2	2,48	
Vese testen belül/kívül a rajztesztben	0	1,31	<b>0,006</b>
	1	1,67	
	2	1,50	

22. táblázat. Dialízis-kezelt, 10 napja és több éve vesetranszplantált páciensek pszichológiai teszteken elért értékeinek összehasonlítása

### 3.3. A 3. vizsgálat összegzése

Korábbi kutatási eredményeink alapján egy olyan vizsgálatot terveztünk, melyben felmérjük a transzplantációt megelőző pszichés állapotot, majd a későbbiekben nyomon fogjuk követni a pszichés faktorok hosszú távú hatását a szervátültetés sikerességében. Elsődleges célunk volt felmérni a dialízis kezelés alatt álló betegek érzelmi és hangulati állapotát, a betegség- és



testreprezentációkat és a számukra fontos erőforrásokat, és összehasonlítani a transzplantált páciensek pszichés állapotával.

Az állapotszorongás értéke a dialízis-kezelt és a pár napja transzplantált betegeknél mutatott tendenciaszerűen magasabb értéket, a több éve transzplantált betegekhez képest. A Hárdi-féle személyiségzinteket illetően is tendenciát sikerült kimutatnunk, a legmagasabb átlagértéket a csoportok között a több éve szervátültetésen átesett páciensek érték el, míg a legalacsonyabb eredményt a dializált páciensek kapták. Eredményeink alapján arra következtethetünk, hogy a szelfintegritás, a testi egészségesség sérülése a dializált és új szervet kapó pácienseknél a legkifejezettebb. A betegséghez való jobb alkalmazkodás megmutatkozik a több éve szervátültetésen átesett betegek pszichés állapotában.

A projektív rajztesztben a vesét a pár napja transzplantáción átesett betegek rajzolták szignifikánsan nagyobbra, a több éve transzplantált vesével élők már kisebb méretben jelenítették meg a szervet, majd a legkisebb vesét rajzolták a saját, ám beteg szervvel élő dializált páciensek. A vesepótló kezelésben részesülők a projektív rajzteszten saját veséjüket inkább a testen belülre rajzolták, míg a szervátültetésen átesett betegek fele az idegen szervet a testen kívül jelenítette meg. Dializált páciensek közül általában azok rajzolták a veséjüket az emberrajzon kívülre, akiknél a szerv valamilyen deformációja megtörtént.

A PRISM-D teszten a vesepótló kezelésben részesülő betegek szignifikánsan közelebb rajzolták a szelfhez a betegséget, mint a transzplantált páciensek, mely arra utal, hogy dialízis kezelés alatt a betegség nagyobb szubjektív hatással bír, melynek következtében kevésbé sikerül szimbolikusan eltávolítani azt az éntől. Továbbá a vesepótló kezelésben részesülő betegekre kevésbé jellemző az „Énpajzs” formációja, míg a transzplantált páciensek nagy része szimbolikusan megvédte énjét a betegséggel szemben. Ez a védelem az alacsonyabb szorongást tekintve tetten érhető. A dialízis-kezelt betegeknél a szervátültetettekhez képest kevésbé jelent meg az egészség, a szabadidős tevékenység és a későbbi célok, mely a szorongás egyik indikátorának is tekinthető.

## Diszkusszió

Több éves prospektív longitudinális vizsgálatunk során azt kutattuk, hogy a transzplantált személy saját testével és az idegen donorral kapcsolatos érzései és gondolatai milyen belső tartalmakkal léphetnek kapcsolatba, továbbá hogy ezek a folyamatok miként hatnak az idegen szerv befogadására, és ezáltal a transzplantáció hosszú távú sikerességére. Szervátültetés után a páciens arra kényszerül, hogy újradefiniálja saját testképét, másfelől a donor felé megjelenő érzésekkel és gondolatokkal is meg kell küzdenie. Feltételezésem szerint a transzplantáció intrapszichés konfliktusokat eredményezhet, megbonthatja a testkép integritását, mely a gyógyulási folyamatot is negatív irányba befolyásolhatja. Kutatási kérdéseink megválaszolására három vizsgálatot végeztünk.

*Az első, longitudinális vizsgálatunkban* feltérképeztük a páciensek érzelmi és hangulati állapotát, a transzplantáció utáni testkép-jellegzetességeket és azok hatását a beültetett szerv hosszú távú működésére. Azonosítani kívántuk azokat a pszichológiai protektív- és rizikó faktorokat, amelyek előre jelezhetik a szervátültetés után jelentkező graft kilökődés veszélyét. Egy általunk kifejlesztett alak-és szervrajzot is alkalmaztunk, a szorongás, a depresszió, a poszttraumás növekedés, a szervvel és a donorral kapcsolatos érzések és fantáziák illetve a különböző orvosi paraméterek kvantitatív értékelése mellett.

Szervátültetés után a páciensek számára fizikálisan és pszichésen is nagyon nehéz időszak következik (Achille és mtsai, 2004; Consoli, 2012; Kaba, Thompson, Burnard, Edwards, és Theodosopoulou 2005; Kempf, 1967; Pérez-San-Gregorio és mtsai, 2006). Feltételezésünk szerint a negatívabb érzelmi és hangulati állapot a szerv mentális reprezentációjának „felnagyítódásával” járhat együtt, mely visszatükröződik az általunk alkalmazott rajzteszten. Vizsgálatunkban a szorongóbb páciensek tendenciaszerűen nagyobb méretben jelenítették meg a transzplantált szervet a projektív rajzteszten. Továbbá átlagosan három nappal tovább maradtak a klinikán azok a betegek, akik a testen kívülre és nagyobbra rajzolták az új szervet.

Az énidegen szerv elfogadása nem egyik napról a másikra történik. Transzplantáció után az átültetett szerv pszichológiai szinten még nem saját, a szakirodalom által „pszichés transzplantációként” említett folyamat csak ezután következik be (De Pasquale és mtsai, 2010). Ebben az időszakban az „idegen test” fázisa jelentkezik, mely csak az első lépés a szerv integrációja felé (Castelnuovo-Tedesco, 1973; Joralemon, 1995). Azonban ha az „idegen test”

által kiváltott szorongás nem oldódik meg, és a páciens képtelen az új szervet testképébe integrálni, az komoly problémákhoz, súlyos esetben a beültetett vese elvesztéséhez is vezethet (Abram és Buchanan, 1976; Fukunishi, 1992; Mai, és mtsai, 1986). Saját vizsgálati eredményeink szerint az állapotszorongás mértéke és a vese mérete a projektív rajztesztben posztoperatív napokon nagyobbak mutatkoztak, mint három év elteltével, mely arra utal, hogy a szerv rajza az aktuális érzelmi állapotról (jelen esetben a műtét utáni szorongásról) is információt hordozhat. Továbbá azoknál a pácienseknél mutatkozott nagyobb mértékű állapot- és vonásszorongás, akiknél a transzplantált szerv nem látta el megfelelően a funkcióját. Fontos eredményünk, hogy azok a páciensek, akiknél a transzplantált szerv megfelelően szűrte a méreganyagokat és nem mutatkozott rejekciós epizód, magasabb testkép-differenciáltsági értéket és több pozitív attitűdöt mutattak a donorral kapcsolatban. Az idő elteltével a Hárdis-féle személyiségszintek és a Witkin testséma differenciáltsági szintek magasabb értéket mutattak, amit a gyógyulás egyik mutatójaként értelmezhetünk. A második alkalommal felvett rajztesztben a lerajzolt vese mérete is szignifikánsan csökkent, mely a szerv pszichés integrálódásának folyamatára utalhat.

Az eredmények alapján tehát feltételezésünk, mely szerint a testkép integritása és a rajztesztben megjelenített szerv mérete összefüggésben áll az érzelmi állapottal és a műtét sikerességével, igazolást nyert. Eredményeink összhangban vannak azon korábbi kutatásokban ahol a testkép újradefiniálásának nehézségére utalóan az egyes testrészek (fej, láb, kéz) hiányát figyelték meg a transzplantáltak rajzain (Nesci és mtsai, 2001).

A testérzékelésben bekövetkezett szenzoros növekedés lehetővé teszi a külső szerv, mint természetes elem integrálódását. A test konténer funkciót tölthet be: elősegíti az idegen szerv asszimilálódását, ezáltal a rejekciótól való félelmet és a szervvel kapcsolatos szorongást is csökkentheti. Eredményeink összhangban vannak a szívbetegségben szenvedő páciensek körében végzett tanulmánnyal is, melyben a szívhez kapcsolódó szorongás a rajzteszten is megmutatkozott (Reynolds és mtsai, 2007). Azok a betegek, akik nagyobbra rajzolták a szívüket, a szervvel kapcsolatban kifejezettebb szorongásról számoltak be. Akik valamilyen sérülést is megjelenítettek a lerajzolt szerven mélyebb depressziót éltek át és a betegségükkel kapcsolatban negatívabb attitűdökkel rendelkeztek, továbbá több idő eltelte után tértek csak vissza a munkájukhoz. Kiemelendő, hogy a szívre rajzolt károsodás jobban jelezte előre a páciens felépülését, mint bármely más orvosi mutató. Egy másik vizsgálatban azok a tüdőtumorra diagnosztizált betegek, akik nagyon pontos és részletes rajzot készítettek a daganatos szervükről, a prognózist illetően pesszimistábbak voltak (Hoogerwerf és mtsai,

2012). A nagyobb rajzot készítő páciensek pedig több, a beteg szervvel kapcsolatos szorongásról számoltak be.

Eredményeink szerint a testkép komplexitása és a beültetett szerv mentális reprezentációinak sajátosságai összefüggésben állnak a gyógyulási folyamatot tükröző élettani mutatókkal és az affektív jellemzőkkel. Transzplantáció következtében tehát sérülhet a testkép integritása. Erre utal, hogy a testkép komplexitása és a vese kilökődési epizódjai, illetve a vesefunkciós értékek között kapcsolatot találtunk. Szignifikáns összefüggést mutattunk ki a szorongásszint és az emberrajz mérete között is. A lerajzolt figura mérete más vizsgálatokban az alacsonyabb önbecsüléssel állt kapcsolatban (Kahill, 1984; Leibowitz, 1999, Lev-Wiesel és Drori, 2000; Machover, 1951). Az üresség és a visszahúzó érzése tükröződhet a befejezetlen emberalak-rajzokon is (Kahill, 1984). Szintén kimutatták, hogy a részletekben szegényesebb rajz a szorongás jelzőjének tekinthető, és a lassabb fizikális valamint lelki gyógyulással is összefüggésben áll (Handler, 1967; Hjorth és Harway, 1981; Horwitz és mtsai, 2006 Kahill, 1984). Egy másik kutatásban szintén kimutatták a testképpel való elégedetlenség és a rosszabb fizikális állapot kapcsolatát (Černelič-Bizjak és Jenko-Pražnikar, 2014).

Kiemelkedő kutatási eredményünk, hogy logisztikus regressziós modellel sikerült igazolnunk a testkép komplexitás, a poszttraumatikus növekedés és a transzplantáció után, a hazaengedés előtt mért szérum kreatinin szint együttes prediktív funkcióját is. Korábbi kutatásokban szintén sikerült igazolni a plazma kreatinin prediktív értékét a graft kilökődésében (Dickenmann és mtsai, 2002). Mint az fentebb már említettük, a kevésbé komplex, differenciálatlanabb rajz a testkép integritásának sérülésére utal. További eredményeink szerint a depresszió a kevesebb, sötétebb színek használatával mutatott fordított arányú, tendenciaszerű összefüggést, melyek a rajztesztekben a fájdalom és a félelem érzéséhez kapcsolódhatnak (Vass, 2011).

A betegség-reprezentációkat tekintve azok a páciensek, akik a PRISM-D teszten az „énpajzs” formációt alkalmazták az erőforrásokat szimbolizáló körök rajzolásakor (ami úgy értelmezhető, hogy szimbolikusan megvédték énjüket a szorongással szemben), a műtét után, a hazabocsátáskor szignifikánsan alacsonyabb szérum kreatinin szintet és magasabb eGFR értéket (tehát jobb vesefunkciós értékeket) mutattak, mint azok, akiknél az erőforrások elszórta jelentek meg a rajzon (szimbolikusan az élettérben).

A második, keresztmetszeti vizsgálat során a több mint egy éve transzplantált személyek pszichés állapotát mértük fel. Az elemszám növelésével lehetőségünk nyílt a Transzplantált Szerv Kérdőív (Corruble és mtsai, 2012) reliabilitás- és validitásvizsgálatára. Az

eredményeiből megállapíthatjuk, hogy a kérdőív pszichometriai mutatói megfelelőek, az általunk mért belső konzisztenciája és az alsóskálák megbízhatósága egyaránt jónak mondható. A kérdőív teszt-reteszt megbízhatósága kiváló, vagyis a kérdőív időbeli megbízhatósága is megfelelő. A validitás vizsgálatakor több szignifikáns összefüggést találtunk a kérdőív és az érzelmi-hangulati állapot, illetve a poszttraumatikus növekedésérzés között. A kutatás fontos eredménye, hogy a rosszabb vesefunkciós értékekkel bíró betegek szignifikánsan magasabb értéket értek el a „Pszichológiai Rejekció” skálán, mint azok a páciensek, akiknél a beültetett szerv optimálisan működött. A „Donorral kapcsolatos érzések” skála tendenciaszerű összefüggésben állt a vese működésével, vagyis a jobb vesefunkcióval rendelkező páciensek több érzést éltek át a donorral kapcsolatban. Összességében feltételezésünk, mely szerint az idegen szerv elfogadásának nehézsége kapcsolatban áll a vese allograft működésével, igazolást nyert.

Az eredmények alapján egy *harmadik, longitudinális vizsgálatot* terveztünk, mely során egy komplett pszichológiai tesztbateriát veszünk fel a transzplantációs várólistán lévő páciensek körében. Ez a kutatás jelenleg is tart, terveink szerint 3 év elteltével a megfelelő elemszámmal még pontosabb következtetéseket vonhatunk le a transzplantáció pszichológiai hátterével kapcsolatban. Reményeink szerint a betegek pszichés és fizikális állapotát a transzplantáció előtt, a műtét után és a kontrollvizsgálatok alkalmával is hosszú távon nyomon tudjuk majd követni. Jelenleg a várólistán lévő pácienseink szűrését végeztük el.

Összehasonlítottuk a három vizsgálat beteganyagának pszichés állapotát, tehát a pár napja és több éve transzplantált, illetve a dialízis kezelt páciensek érzelmi és hangulati állapotát, a betegségükről kialakított reprezentációkat és a számukra fontos erőforrásokat. A szakirodalmi adatokat megerősítve az eredmények alapján az állapotszorongás értéke a dialízis-kezelt és a pár napja transzplantált betegeknél mutatott tendenciaszerűen magasabb értéket, a több éve transzplantált betegekhez képest (Kimmel, Peterson és Weihs, 2000; Daneker és mtsai, 2001). A Hárدي-féle személyiség szinteket illetően is tendenciát sikerült kimutatnunk, a legmagasabb értéket a több éve szervátültetésen átesett páciensek érték el, míg a legalacsonyabbat a dializált páciensek kapták. Eredményeink alapján arra következtethetünk, hogy a testi integritás sérülése a dializált és új szervet kapó betegeknél a legkifejezettebb. A traumához való pozitív adaptáció megmutatkozik a több éve szervátültetésen átesett betegek jobb pszichés állapotában, mely a PRISM-D rajzteszten is tükröződik. A dialízis-kezelt páciensek közelebb rajzolták a szelfhez a betegséget, mely arra utal, hogy esetükben a betegségnek nagyobb szubjektív hatása van, és kevésbé tudják szimbolikusan eltávolítani azt az

szelftől. Továbbá kevésé jellemző rájuk az „Énpajzs” formációja, míg a szervátültetésen átesett páciensek nagy része szimbolikusan megvédte énjét a betegséggel szemben. Ez a védelem az kiegyensúlyozottabb érzelmi állapotot tekintve ténylegesen meg is valósult. A dialízis-kezelt betegeknél továbbá kevésbé jelent meg a szabadidős tevékenység, az egészség és a jövőbeni célok, mely a szorongás egyik forrásának is tekinthető.

A kombinált szerv- és emberrajz teszt során a vesét a pár napja transzplantáción átesett betegek rajzolták a legnagyobbra, a több éve transzplantált szervvel élők már kisebb méretben jelenítették, majd a legkisebb vesét rajzolták a saját, beteg szervvel élő dializált páciensek. Továbbá a vesepótló kezelésben részesülő betegek a rajzteszten saját veséjüket inkább a testen belülré rajzolták, míg a transzplantált pácienseknek a fele az idegen szervet a testen kívül jelenítette meg. Dializált betegek közül is általában azok rajzolták a veséjüket az emberrajzon kívülre, akiknél a szerv valamilyen deformációja (összezsugorodott, megnagyobbodott) megtörtént. Eredményeink az idegen szerv pszichés elfogadásának nehézségére utalnak.

A transzplantált személyek körében végzett kutatás egyik nehézsége a viszonylag kevés elemszám, mely a vizsgálat egyik korlátjának is tekinthető. A vizsgálati mintát és kutatási adatainkat ezért jelenleg is folyamatosan bővítjük, kontrolláljuk a változókat, melyek a kilökődésnek és a vizsgált kapcsolatoknak módosító tényezői lehetnek. Hosszú távú célunk a komplex pszichológiai szűrőprogram rutinszerű bevezetése és egy pszichológiai tanácsadás kifejlesztése, mely segítségével a transzplantált páciensek minél teljesebb gyógyulását segíthetjük elő.

## Konklúzió

Kutatásomban a vesetranszplantáció pszichés hátterének feltárását tűztem ki célul. Kiemelt kutatási célként szerepelt, hogy olyan módszereket találjunk, melyek segítségével megragadhatóvá válnak a szervátültetés következtében létrejövő testkép-zavarok és tetten érhetővé válik a pszichés összeférhetetlenség háttere a páciens és az idegen szerv között. Kíváncsiak voltunk, vajon a szervátültetésen átesett személy saját testével és az idegen donorral kapcsolatos érzései és gondolatai milyen belső tartalmakkal léphetnek kapcsolatba, és hogy ezek a folyamatok hogyan befolyásolják az idegen szerv el- és befogadását, ezáltal a transzplantáció hosszú távú eredményességét.

Az orvosi sikerek mellett sok esetben akadályba ütközünk a szervátültetés területén, melyek túlmutatnak a biomedikális szemlélet határain. Ezért a vizsgálatok megtervezésénél komplex biopszichoszociális elméleti keretben gondolkodtunk, hiszen a transzplantált szerv immunológiai sajátosságait ugyanúgy figyelembe kellett vennünk, mint a páciens testi és pszichés állapotát. A vizsgálatok során ez jelentette számunkra a legnagyobb kihívást és egyben a munka szépségét. Kutatási kérdéseink megválaszolásában kiemelt jelentőséggel bírtak az általunk továbbfejlesztett projektív mérőeszközök, melyek mélyebb betekintést engedtek a transzplantált személyek pszichés állapotának megértéséhez. Egyúttal nyomon követtük azokat az orvosi adatok is, melyek empirikusan igazolva előre jelezhetik a transzplantált szerv működését. A kutatás során feltételeztük, hogy szervátültetés következtében a testi egészség sérül, az énhatárok fellazulhatnak és a testi élmények dezintegrált módon jelenhetnek meg. Továbbá, hogy a beültetett szerv mentális reprezentációinak sajátosságai és a testkép integritásának sérülése összefüggésben állhatnak a transzplantáció hosszú távú sikerességével.

Kutatási eredményeink szerint az általunk alkalmazott tesztbattéria alkalmas a transzplantáció komplex, világviszonylatban is kevésbé kutatott pszichoszomatikus mechanizmusainak mélyebb megértésére. Tudomásunk szerint eddig még nem született olyan vizsgálat, melyben a transzplantált páciensek pszichés állapotát *kombinált módszerrel*, önkítöltéses kérdőívekkel és projektív technikák segítségével és egyúttal *prospektív módon* elemezték volna, illetve amelyben az orvosi adatokat és a pszichológiai tesztek eredményeit több éves nyomon követés során, együttesen vizsgálták volna vesetranszplantált betegeknél.

Kutatási eredményeink alapján sikerült igazolnunk feltételezésünket, miszerint szervátültetés következtében bizonytalanság alakul ki a szelf integritásával kapcsolatos érzésekben, a testi élmények dezintegrált módon jelennek meg a fantáziában: az énhatárok fellazulhatnak, az idegen(nek érzett) szerv, vagy testrész fragmentálódhat. Vizsgálataink során kombinált kvalitatív-kvantitatív eljárásokat alkalmaztunk, melyek között olyan saját fejlesztésű technikák is szerepelnek, melyek segítségével komplexebb módon érthetjük meg a transzplantált személyben bekövetkező változásokat. A szervátültetésen átesett vesebetegek test- és énképének vizsgálatára kifejlesztett ember- és szerv rajza (Látos és mtsai, 2014) alkalmazásával vizsgálatunkban empirikus bizonyítékot nyert, hogy a testkép integritásának a sérülése és az idegen szerv pszichés integrációjának nehézsége a pszichológiai és fizikális jóllétre is negatív befolyással bír. A kutatócsoportunk által validált Transzplantált Szerv Kérdőív segítségével igazolást nyert, hogy az idegen szervvel kapcsolatos érzések és fantáziák kapcsolatban állnak a transzplantált szerv működésével is. A betegség-reprezentációkat tekintve azok a páciensek, akik az általunk továbbfejlesztett PRISM-D rajzeszten szimbolikusan „megvédték énjüket” a szorongással szemben, jobb vesefunkciós értékekkel rendelkeztek, mint azok, akiknél az erőforrások elszórtan, kevésbé hozzáférhetően jelentek meg az élettérben. Kutatási eredményeinkből arra következtetünk, hogy a komplex pszichológiai tényezők a veseátültetés hosszú távú sikerességének fontos meghatározói.

Vizsgálataink a pszichológiai intervenció fontosságára is felhívják a figyelmet, mellyel a transzplantáción átesett páciensek minél teljesebb gyógyulását segíthetjük elő. A szervátültetés következtében fellépő változások pszichoszomatikus válságot provokálhatnak. A beteg igyekszik helyreállítani saját testképének egységét, ami az átültetett szerv szomatikus és mentális befogadását jelenti. A szerv pszichés integrációja, harmonikus beépülése a testképbe azonban egy komplex feladat, az ide vezető út pedig elkerülhetetlen. A szakirodalom és a klinikai tapasztalat szerint az „idegen test” problémájának megoldását az internalizáció folyamata segíti elő, melynek során a személy a valós tapasztalatokat és a benne lejátszódott, fantáziált interakciókat belsővé teszi. Az asszimiláció előfeltétele, hogy a páciens elgyászolja az elveszített szervét, amely tovább már nem látja el funkcióját és feldolgozza a donor felé érzett büntudatát. A transzplantáció okozta krízis megoldása tehát a testkép és az elsődleges Én újjáépítése a szerv mentális integrációja által.

Felmerült bennünk a kérdés, hogy vajon milyen pszichológiai módszerekkel tudjuk mérsékelni az idegen szerv okozta szorongást és a felmerülő testkép-zavarokat. Klinikai tapasztalataink szerint azáltal, hogy a pszichológus megérti és elfogadja mindazokat az



érzéseket, tapasztalatokat és félelmeket, amelyek a páciensben megjelennek, egyúttal könnyebben integrálhatóvá is teszi azokat. A kliensközpontú, szupportív terápia a gyógyító személyzettel való együttműködésre is jótékony hatást gyakorol, ugyanis a betegek jobban követik az orvosi utasításokat (például pontosan szedik a gyógyszerkészítményeket, megjelennek a kontrollvizsgálatokon). Kutatásunk további, hosszú távú célja, hogy a transzplantációs várólistán lévő betegek pszichológiai szűrésével előre jelezzük, hogy a páciens mennyire lesz képes tolerálni a transzplantációt kísérő komplex tapasztalatot. Ezen megküzdési folyamat segítéséhez célzott pszichológiai tanácsadási eljárást dolgoztunk ki.

A kutatás a TÁMOP-4.2.4.A/2-11/1-2012-0001 azonosító számú Nemzeti Kiválóság Program – Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és működtetése konvergencia program című kiemelt projekt keretében zajlott. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

## Felhasznált irodalom

1. Abram, H. S. és Buchanan, D. C. (1976). The Gift of Life: A Review of the Psychological Aspects of Kidney Transplantation. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 7(2), 153 – 164.
2. Achille, M. A., Ouellette, A., Fournier, S., Hébert, M., Girardin, C. és Páquet, M. (2004). Impact of Transplant-Related Stressors and Feelings of Indebtedness on Psychosocial Adjustment Following Kidney Transplantation. *Journal of Clinical Psychology of Medical Settings*, 11(1), 63-67.
3. Alexander, F. (1956). *Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York, Norton.
4. Alföldy, F. (é.n.). Transzplantációval kapcsolatos etikai kérdések. Elérhető: [http://www.vesebetegseg.hu/page.php?aid=transzplantacioval\\_kapcsolatos\\_etikai\\_kerdések&path=terapiak/transzplantacio](http://www.vesebetegseg.hu/page.php?aid=transzplantacioval_kapcsolatos_etikai_kerdések&path=terapiak/transzplantacio) Letöltés dátuma: 2014. június 4.
5. Allport, W. G. (1980). *A személyiség alakulása*. Budapest, Gondolat.
6. Anzieu, D. (1993). Autistic phenomena and the skin ego. *Psychoanalytic Inquiry*, 13, 42-48.
7. Bagdy, E. (1998). Az alak-rajz teszt, mint projektív vizsgálati módszer. In. Mérei, F. és Szakács, F. (szerk). *Pszichodiagnosztikai Vademecum II. Személyiségtesztek 2. rész* (pp. 148-182). Budapest, Tankönyvkiadó.
8. Baines, L. S. és Jindal, R. M. (2003). *The struggle for life: A Psychological Perspective of Kidney Disease and Transplantation*. United States of America, Praeger Publishers.
9. Baines, L. S., Joseph, J. T. és Jindal, R. M. (2002). Emotional issues after kidney transplantation: a prospective psychotherapeutic study. *Clinical Transplantation*, 16, 455–460.
10. Bálint, M. (1967/1994). *Az őstörés*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
11. Bar-Sela, G., Atid, L., Danos, S., Gabay, N. és Epelbaum, R. (2007). Art therapy improved depression and influenced fatigue levels in cancer patients on chemotherapy. *Psycho-Oncology*, 16, 980–984.
12. Basch, S. H. (1973). The Intrapsychic Integration of a New Organ — A Clinical Study of Kidney Transplantation. *Psychoanalytic Quarterly*, 42, 364-384.
13. Beck, A., T., Ward, C., H., Mendelson, M., Mock, J. és Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.

14. Berezky, T. és Luthardt, A. (2012). Érintés a pszichodrámban. Vita az érintésről és a testi kontaktusról. *Pszichoterápia*, 21(V), 331-332.
15. Billingham, R. E. és Bent, L. (1954). Quantitative studies on tissue transplantation immunity. II. The origin, strength and duration of actively and adoptively acquired immunity. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 143, 58-80.
16. Bonnie, G., Bronberg, E., Vandenvoenkamp, J., Walka, P., Kornblith, A. B. és Luzzatto, P. (2001). Art therapy with adult bone marrow transplant patients in isolation: a pilot study. *Psycho-Oncology*, 10, 114–123.
17. Bower, J. E., Kemeny, M. E., Taylor, S. E. és Fahey, J. L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 66, 979-986.
18. Bowie, M. (1991): *Lacan*. Fontana Press, London.
19. Brill, S. E., Clarke, A., Veale, D. M. és Butler, P. E. M. (2006). Psychological management and body image issues in facial transplantation. *Body Image*, 3, 1–15.
20. Broadbent, E., Ellis, C. J., Gambl, G. és Petrie, K. J. (2006). Changes in Patient Drawings of the Heart Identify Slow Recovery After Myocardial Infarction. *Psychosomatic Medicine*, 68, 910–913.
21. Broadbent, E., Niederhofferb, K., Haguec, T., Cortera, A. és Reynolds, L. (2009). Headache sufferers' drawings reflect distress, disability and illness perceptions. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 465–470.
22. Broadbent, E., Petrie, K. J., Ellis, C. J., Yinga, J. és Gambl, G. (2004). A picture of health—myocardial infarction patients' drawings of their hearts and subsequent disability. A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 583– 587.
23. Buck, J. N. (1948). The H-T-P test. *Journal of Clinical Psychology*, 4, 151-159.
24. Buda, B. (é.n.): A művészetterápia I. és II. rész. Elérhető: <http://budabela.hu/tanulmanyok.html> Letöltés dátuma: 2013. november 20.
25. Burloux, G., és Bachmann, D. (2004). Psychology and hand transplantation: Clinical experiences. In: Mac Lachlan, M. és Gallagher, P. (szerk). *Enabling technologies: Body image and body function* (pp. 169-185). Edinburgh, Churchill Livingstone.
26. Burnet, M. (1957). Biology and medicine. *The Eugenics Review*, 49(3), 127–135.
27. Büchy, S. és Sensky, T. (1999). PRISM: Pictorial Representation of Illness and Self Measure. A Brief Nonverbal Measure of Illness Impact and Therapeutic Aid in Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic*, 40(4), 314-320.

28. Calia, R., Lai, C., Aceto, P., Luciani, M., Saraceni, C., Lai, S., Gargiulo, A. és Citterio F. (2011b). Preoperative Psychological Factors Predicting Graft Rejection in Patients Undergoing Kidney Transplant: A Pilot Study. *Transplantation Proceedings*, 43, 1006-1009.
29. Calia, R., Lai, C., Aceto, P., Luciani, M., Saraceni, C., Avolio, A.W. és Agnes S. (2011a). Psychological Risk Factors for Graft Rejection Among Liver Transplant Recipients. *Transplantation Proceedings*, 43, 1123–1127.
30. Carosella, E. D. és Pradeu, T. (2006). Transplantation and identity: a dangerous split? *Lancet*, 368, 183 – 184.
31. Castelnuovo-Tedesco, P. (1973). Organ transplant, body image, psychosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 42, 349-363.
32. Černelič-Bizjak, M. és Jenko-Pražnikar, Z. (2014). Impact of negative cognitions about body image on inflammatory status in relation to health. *Psychology and Health*, 29(3), 264-278.
33. Chaturvedi, S. K. és Pant, V. L. (1984). Objective evaluation of body-image of renal transplant recipients. *Journal of Psychological Researches*, 28(1), 4-7.
34. Cogwell, A. (2008). Measuring both sides of the transplant equation: Psychological tests help evaluate organ recipients and donors. *Bridging the Gap*, 3, 1-5.
35. Consoli, E. (2012). Person-Centered Approach in the Medicine of Organ Transplants. Elérhető: <http://www.psicoanalisi.it/psicoanalisi/osservatorio/articoli/osservaing1132.htm>  
Letöltés dátuma: 2013. március 28.
36. Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., és Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 176–185.
37. Corruble, E., Durrbach, A., Charpentier, B., Lang, P., Amidi, S., Dezamis, A. és Barry, C., Falissard, B. (2010). Progressive Increase of Anxiety and Depression in Patients Waiting for a Kidney Transplantation. *Behavioral Medicine*, 36, 32–36.
38. Corruble, E., Barry, C., Varescon, I., Castaing, D., Samuel, D. és Falissard, B. (2012). The Transplanted Organ Questionnaire: A validation study. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(4), 319–324.
39. Craven, J. L., Rodin, M. D., Johnson, L. és Kennedy, S. H. (1987). The diagnosis of major depression in renal dialysis patients. *Psychosomatic Medicine*, 49, 482-492.

40. Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychological testing* (5th Ed.). New York, Harper & Row.
41. Csabai, M. (1998). Börbe-kötve - a test könyvei. *BUKSZ*, 10. 2. 1998, 160-168. Elérhető: <http://epa.oszk.hu/00000/00015/00010/06.htm> Letöltés dátuma: 2013. augusztus 12.
42. Csabai, M. (2010). Bálint és a pszichoszomatika. Tárgykapcsolati elvek a testi tünetek kezelésében. *Thalassa*, 21(2), 33-48.
43. Csabai, M. és Erős, F. (2000). *Testhatárok és énhatárok*. Budapest, József Műhely.
44. Csabai, M. és Molnár, P. (1999). *Egészség, betegség, gyógyítás*. Budapest, Springer.
45. Csíkszentmihályi, M. (2008). *Kreativitás*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
46. Daneker, B., Kimmel, P. L., Ranich, T. és Peterson, R. A. (2001). Depression and marital dissatisfaction in patients with end-stage renal disease and in their spouses. *American Journal of Kidney Disease*, 38, 839-846.
47. De Pasquale, C., Pistorio, M., L., Sorbello, M., Parrinello, L., Corona, D., Gagliano, M., Giuffrida, G., Giaquinta, A., Sinagra, N., Zerbo, D., Veroux, P. és Veroux, M. (2010). Body Image in Kidney Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 42, 1123–1126.
48. Decker, O., Lehmann, A., Fangmann, J., Brosig, B. és Winter, M. (2008). Phases of organ integration and conflict in a transplant recipient: a longitudinal study using a diary. *The American Journal of Psychoanalysis*, 68, 237–256.
49. Devine, E.C. (1992). Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: A meta-analysis of 191 studies. *Patient Educational and Counseling*, 19, 129-142.
50. Dew, M. A., Kormos, R. L., DiMartini, A. F., Switzer, G. E., Schulberg, H. C. Roth, L. H. és Griffith, B. P. (2001). Prevalence and risk of depression and anxiety-related disorders during the first three years after heart transplantation. *Psychosomatics*, 42, 300-313.
51. Dickenmann, M., J., Nickleit, V., Tsinalis, D., Gurke, L., Mihatsch, M., J. és Thiel, G. (2002). Why do kidney grafts fail? A long-term single-center experience. *Transplant International*, 15, 508-514.
52. Dolto, F. (1977/2013). *Amikor a gyermek megjelenik*. Budapest, L'Harmattan Kiadó.
53. Dornes, M. (1993). *A kompetens csecsemő*. Budapest, Pont Kiadó.

54. Engel, G. L. (1975). The death of a twin: mourning and anniversary reactions. Fragments of 10 years of self-analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 23-40.
55. Engel, G. L. és Schmale, A. H. (1967). Psychoanalytic theory of somatic disorder: conversion, specificity, and the disease onset situation. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 15, 344-365.
56. Epel, E. S., McEwen, B. S. és Ickovics, J. R. (1998). Embodying psychological thriving: Physical thriving in response to stress. *Journal of Social Issues*, 54, 301-322.
57. Erdélyi I. (2008). A francia pszichoanalízis poétikus arca. Metaforákba foglalt pszichoanalitikus elméletek. *Lélekelemzés*, III(1), 27-41.
58. Erdélyi I. (2010). Bőrünket a vásárra. A test a pszichoterápiában. In: Erdélyi, I. *Mágikus és hétköznapi valóság. Tanulmányok a pszichoanalízis és a pszichodráma témaköréből* (pp. 99-114). Budapest, Oriold és társai.
59. Erős F. (1993a). Jacques Lacan munkássága – Bevezetés. *Thalassa*, 4, 3-4.
60. Erős F. (1993b). Jacques Lacan, a vágy tragédiája. *Thalassa*, 2, 29-44.
61. Evans, D. (1996). *An Introductory Dictionary of Lacanian Psychoanalysis*. London and New York, Routledge.
62. Fazekas, E. (2013). Középpontban a szervadományozás ügye. Hatvan ezernél több beteg vár új szervre az EU-ban. *IME*, XII(1), 41-43.
63. Fehér, P (2011). A testkép pszichoanalitikus megközelítése és a testkép-szobor teszttel szerzett diagnosztikai és terápiás tapasztalatok pszichotikus páciensekkel. Elérhető: <http://www.analitikus-testpszichoterapia.hu/node/8> Letöltés dátuma: 2013. augusztus 8.
64. Fisher, S., és Cleveland S. E. (1968). *Body image and personality*. New York, Dover Publications.
65. Foucault, M (2000). *Elmebetegség és pszichológia – A klinika orvoslás születése*. Budapest, Corvina.
66. Freedman, A. (1983). Psychoanalysis Of A Patient Who Received A Kidney Transplant. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31, 917-956.
67. Freud, S. (1908/1998). A költő és a fantáziaműködés. In: Erős, F. és Bókay, A. (szerk). *Pszichoanalízis és irodalomtudomány* (pp. 59-64). Budapest, Filum Kiadó.
68. Freud, S. (1915/1997). A nácizmus bevezetése. In: *Ösztönök és ösztönsorsok. Metapszichológiai írások*. (pp. 15-41). Budapest, Filum Kiadó.

69. Freud, S. (1917/1997). Gyász és melankólia. In. *Metapszichológiai írások* (pp. 129-145). Budapest, Filum Kiadó.
70. Freud, S. (1919/2011). *Három értekezés a szexualitás elméletéről*. Budapest, Animula Kiadó.
71. Freud, S. (1930/1982). Rossz közérzet a kultúrában. In. *Esszék* (pp. 324-405). Budapest, Gondolat Kiadó.
72. Fukunishi, I. (1992). Psychosomatic Problems Surrounding Kidney Transplantation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 42–49.
73. Fukunishi, I., Hasegawa, A., Ohara, T., Aikawa, A., Hatanaka, A., Suzuki, J., Kikuchi, M. és Amagasaki, K. (1997). Kidney transplantation and liaison psychiatry, part I: Anxiety before, and the prevalence rate of psychiatric disorders before and after, transplantation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 51, 301-304.
74. Gallagher, S. (2011). *The Oxford Handbook of the Self*. Oxford, Oxford University Press.
75. Garaczi, I. (2005). Esztétikai ítélet és a test reprezentációja. *Világosság*, 2–3, 75-84.
76. García-Llana, H., Barbero, J., Olea ,T., Jiménez, C., Del Peso, G., Miguel, J. L., Sánchez, R., Celadilla, O., Trocoli, F., Argüello ,M. T. és Selgas R. (2010). Incorporation of a psychologist into a nephrology service: criteria and process. *Nefrologia*, 30(3), 297-303.
77. Geerardyn, F. és Wallegem, P. (2005). “Françoise Dolto’s clinical conception of the unconscious body image and the body schema”. In. De Preester, H. és Knockaert, V. (szerk.). *Body Image and Body Schema: Interdisciplinary perspectives on the body* (pp. 299-310). Philadelphia, John Benjamins Publishing Company.
78. Goetzmann, L. (2004). "Is it me, or isn't it?" - transplanted organs and their donors as transitional objects. *Americal Journal of Psychoanalysis*, 64(3), 279-289.
79. Goodenough, F. L. (1926). A New Approach to the Measurement of the Intelligence of Young Children. *The Pedagogical Seminary and Journal of Genetic Psychology*, 33. 185-211.
80. Griva, K., Myers, L. B. és Newman, S. (2000). Illness perceptions and self efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology & Health*, 15, 733– 750.
81. Guillemin, M. (2004). Embodying heart disease through drawings. *Health*, 8(2), 223-239.

82. Handler, L. (1967). Anxiety indexes in the Draw-A-Person test: A scoring manual. *Journal of projective techniques & personality assessment*, 31, 46-57.
83. Hanley, F. (é.n.). The Dynamic Body Image and the Moving Body: revisiting Schilder's theory for psychological research. Elérhető: [http://scan.net.au/scan/journal/display.php?journal\\_id=60](http://scan.net.au/scan/journal/display.php?journal_id=60) Letöltés dátuma: 2013. szeptember 20.
84. Hárdi, I. (2002). *A dinamikus rajzvizsgálat*. Budapest, Medicina Könyvkiadó.
85. Hárdi, I. (1988). A dinamikus rajzvizsgálat alapjai. In. Mérei, F. és Szakács, F.(szerk). *Pszichodiagnosztikai Vademecum II/2. rész* (pp. 183-206) Budapest, Tankönyvkiadó.
86. Havancsák, R., Kovács, P., Látos, M., Sándor, Z., Barabás, K. és Csabai, M. (2012a). A PRISM nonverbális teszt első hazai alkalmazásának tapasztalatai kórházi osztályokon fekvő daganatos betegekkel. In. Barabás, K., Kapocsi, E., Pikó, B., Hamvai, Cs., Látos, M., Bóta, M. és Vári-Kószó, M. (szerk.). *XII. Magatartástudományi Napok: Programfüzet és absztraktok kivonata* (pp. 103). Szeged, JATE Press.
87. Havancsák, R., Kovács, P., Látos, M., Sándor, Z., Barabás, K. és Csabai, M. (2012b). A PRISM rajzteszt alkalmazása kórházi betegek reprezentációinak és a megküzdést segítő tényezők feltárására. Első hazai tapasztalatok. In. Vargha, A. (szerk.) *A tudomány emberi arca: A Magyar Pszichológiai Társaság XXI. Országos Tudományos Nagygyűlése: Kivonatkötet* (pp. 311). Szombathely, Magyar Pszichológiai Társaság.
88. Havancsák, R., Pócza-Véger, P. és Csabai, M. (2013a). A PRISM-D rajzteszt kórházi betegek vizsgálatában és kezelésében. In. Csabai, M. és Pintér, N. (szerk). *Pszichológia a gyógyításban. Fenomenológiai, művészetpszichológiai és tetskép-központú megközelítések* (pp. 83-107). Budapest, Oriold és Társai.
89. Havancsák, R., Pócza-Véger, P., Látos, M., Kovács, P., Sándor, Z., Barabás, K. és Csabai, M. (2013b). PRISM-D rajzteszt térbeli formációinak elemzése a betegségrepresentációk és a megküzdési kapacitás vizsgálatára. In. Tisljár-Szabó, E. (szerk). *XIII. Magatartástudományi Napok: Magatartástudományok a betegellátásban* (pp. 76). DE KK Magatartástudományi Intézet, Debrecen.
90. Havancsák, R., Pócza-Véger, P., Látos, M., Kovács, P., Sándor, Z., Barabás, K. és Csabai, M. (2013c). PRISM-D rajzteszt térbeli alakzatainak kódrendszere a kórházi betegek betegségrepresentációinak vizsgálatára. In. Vargha, A. (szerk.)



- Kapcsolataink világa: Magyar Pszichológiai Társaság XXII. Országos Tudományos Nagygyűlés Kivonatkiötet* (pp. 360). Budapest, Magyar Pszichológiai Társaság.
91. Hermann, I. (1943/1984). *Az ember ősi ösztönei*. Budapest, Magvető Könyvkiadó.
  92. Hjorth, C., W. és Harway, M. (1981). The body-image of physically abused and normal adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 863-866.
  93. Hoogerwerf, M. A., Ninaber, M. K., Willems és Kaptein, A. A. (2012). “Feelings are facts”: Illness perceptions in patients with lung cancer. *Respiratory Medicine*, 106, 1170-1176.
  94. Horwitz, E. B., Kowalski, J., Theorell, T. és Anderberg, U. M. (2006). Dance/movement therapy in fibromyalgia patients: Changes in self-figure drawings and their relation to verbal self-rating scales. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 11–25.
  95. Husserl, E. (2000). *Kartezianus elmélkedések*, Atlantisz, Budapest.
  96. Ilić, S. és Avramović, M. (2002). Psychological aspects of living donor kidney transplantation. *Medicine and Biology*, 9, 195 – 200.
  97. Ishii, M. és Hamamoto, M. (2009). Bioethics and Organ Transplantation in Japan. *Japan Medical Association Journal*, 52(5), 289–292.
  98. Jaspers, K. (1971). *Philosophy of existence*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
  99. Jaspers, K. (1987). *Bevezetés a filozófiába*. Budapest, Európa Könyvkiadó.
  100. Joralemon, D. (1995). Organ Wars: The Battle for Body Parts. *Medical Anthropology Quarterly*, 9, 335-356.
  101. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification (2002). *American Journal of Kidney Diseases*, 39, S161-S169.
  102. Kaba, E., Thompson, D. R., Burnard, P., Edwards, D. és Theodosopoulou, E. (2005). Somebody else’s heart inside me: A descriptive study of psychological problems after a heart transplantation. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 611-625.
  103. Kahill, S. (1984). Human figure drawing in adults: An update of the empirical evidence. *Canadian Psychology*, 25(4), 269-292.
  104. Kaplan, F. F. (1991). Drawing assessment and artistic skill. *The Arts in Psychotherapy*, 18, 347-352.
  105. Kashdan, T. B., és Kane, J. Q. (2011). Post-traumatic distress and the presence of post-traumatic growth and meaning in life: Experiential avoidance as a moderator. *Personality and Individual Differences*, 50, 84-89.

106. Kast, V. (2002). *Gyász. Egy lelki folyamat esélyei és stádiumai*. Budapest, Park Kiadó.
107. Kazai, A. (2008). Kódolt az inkorrekt betegkezelés lehetősége. Manipulálható a transzplantáció? Elérhető: [http://www.medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/manipulalhato\\_a\\_transzplantacio\\_#](http://www.medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/manipulalhato_a_transzplantacio_#)  
Letöltés dátuma: 2014. október 13.
108. Kempf, J. P. (1967). Psychotherapy with Patients Receiving Kidney Transplant. *American Journal of Psychiatry*, 126, 623-629.
109. Kicsák, L. (2010). Transzcendentalitás és testiség a husserli fenomenológiában. Elérhető: [http://filozofiaiszemle.net/wp-content/uploads/2012/03/32\\_pdfsam\\_szemle-2010.2.pdf](http://filozofiaiszemle.net/wp-content/uploads/2012/03/32_pdfsam_szemle-2010.2.pdf) Letöltés dátuma: 2013. október 10.
110. Kimmel, P. L. (2000). Just whose quality of life is it anyway? Controversies and consistencies in measurement of quality of life. *Kidney International*, 57, 113-120.
111. Kimmel, P. L., Peterson, R. A. és Weihs, K. L. (1998). Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney International*, 54, 254-54.
112. Kimmel, P. L., Peterson, R. A. és Weihs, K. L. (2000). Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney International*, 57, 2093-2098.
113. Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *The International Journal of Psychoanalysis*, 16, 145-174.
114. Koppitz, E. M. (1983). Projective drawings with children and adolescents. *School Psychology Review*, 12(4), 421-427.
115. Kris, E. (1998). Az inspirációról. In: Bókay, A. és Erős, F. (szerk.). *Pszichoanalízis és irodalomtudomány* (pp. 133-141). Budapest, Filum Kiadó.
116. Kristeva, J. (1982). *Powers of Horror. An Essay on Abjection*. New York, Columbia University Press.
117. Kristeva, J. (2007). A melankolikus képzelet. *Thalassa*, 2-3, 29-50.
118. Kuntz, K. K. és Bonfiglio, D. B. (2011). Psychological distress in patients presenting for initial renal transplant evaluation. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18(3), 307-311.
119. Kübler-Ross, E. (1988). *A halál és a hozzá vezető út*. Budapest, Gondolat Kiadó.

120. Lacan, J. (1993). A tükör-stádium mint az én funkciójának kialakítója. *Thalassa*. 2, 5-11.
121. Laplanche, J. és Pontalis, J. B. (1994). *A pszichoanalízis szótára*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
122. Látos, M., Barabás, K., Lázár, Gy., Szederkényi, E., Csabai, M. (2011). The effect of renal transplant patients' anxiety, depression, and representations of illness on the healing process. *Journal of Psychosomatic Research*. 70(6), 604.
123. Látos, M., Barabás, K., Lázár, Gy., Marofka, F., Szederkényi, E., Szenohradszky, P. és Csabai M. (2012a). A vesetranszplantáció sikerességének pszichológiai tényezői. A szorongásszint és a szerv intrapszichés integrációjának hatása a gyógyulási folyamatra. *Orvosi Hetilap*, 153(15), 597–602.
124. Látos, M., Barabás, K., Lázár, Gy., Szederkényi, E., Szenohradszky, P., Marofka, F., Csabai, M. (2012b). Post-transplantation anxiety and mental representations of the new organ are correlated with creatinine and urea levels after kidney transplantation. *International Journal of Behavioural Medicine*. 19, 177.
125. Látos, M., Lázár, Gy., Marofka, F., Szederkényi, E., Szenohradszky, P., Barabás, K. és Csabai M. (2012c). Mental representation of the new organ and posttransplant patient's anxiety as related to kidney function. *Transplantation Proceedings*, 44, 2143-2146.
126. Látos, M. (2013). A testkép szerepe a transzplantációs átesett betegek felépülésében. In: Csabai, M. és Pintér, N. (szerk). *Pszichológia a gyógyításban. Fenomenológiai, művészetpszichológiai és testkép-központú megközelítések* (pp. 43-65). Budapest, Oriold és Társai.
127. Látos, M., Lázár, Gy., Havancsák, R., Pócza-Véger, P., Horváth, Z., Csabai, M. (2014). A projektív rajztesztek alkalmazásának lehetőségei transzplantált páciensek körében. In: *Pszichológiai Kutatások: Debreceni Egyetem Pszichológiai Doktori Program*. (pp. 29-38). Debrecen, Debreceni Egyetemi Kiadó.
128. Leibowitz, M. (1999). *Interpreting Projective Drawings: A self psychological Approach*. New York, Routledge.
129. Leventhal, H., Nerenz, D. R. és Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In: Baum, A., Taylor, S. E. és Singer, J. E. (szerk). *Handbook of Psychology and Health, Volume IV: social psychological aspects of health* (pp. 219-252). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

130. Lev-Wiesel, R. and Drori, D. (2000). The effect of social status upon the self concept of elderly widows and wives assessed by human figure drawings. *Art Psychotherapy*, 27, 263–267.
131. Lev-Wiesel, R., Zipperstein, R. és Rabau, M. (2005). Using Figure Drawings to Assess Psychological Well-being among Colorectal Cancer Patients before and after Creation of Intestinal Stomas: A Brief Report. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 10(4), 359-367.
132. Machover, K. (1951). Drawing of the human figure: A method of personality investigation. In. Anderson, H. H. és Anderson, G. L. (szerk.). *An introduction to projective techniques* (pp. 341-369). New York, Prentice Hall.
133. Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure*. Illinois, Charles C. Thomas Publisher Springfield.
134. Madawar, P. B. (1948). Immunity to Homologous Grafted Skin. III. The Fate of Skin Homographs Transplanted to the Brain, to Subcutaneous Tissue, and to the Anterior Chamber of the Eye. *British Journal of Experimental Pathology*, 29(1), 58–69.
135. Mahler, M. (1971). A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 26, 403-424.
136. Mai, F. M., McKenzie, F. N. és Kostuk, W. J. (1986). Psychiatric aspects of heart transplantation: preoperative evaluation and postoperative sequelae. *British Medical Journal*, 292(6516), 311–313.
137. Mai, F.M. (1993). Psychiatric aspects of heart transplantation. *The British Journal of Psychiatry*, 163, 285-292.
138. Melzer, S. M., Leadbeater, B., Reisman, L., Jaffe, L. R. és Lieberman, K. V. (1989). Characteristic of Social Networks in Adolescents with End-Stage Renal Disease Treated with Renal Transplantation. *Journal of Adolescent Health Care*, 10, 308-312.
139. Mentzos, S. (2005). *A konfliktus-feldolgozás neurotikus módjai*. Budapest, Lélekben Otthon Könyvkiadó.
140. Merleau-Ponty, M. (2003). *A filozófia dicsérete és más esszék*. Budapest, Európa Könyvkiadó.
141. Merleau-Ponty, M. (2007). *A látható és a láthatatlan*. Budapest, L'Harmattan.
142. Mihatsch, M. J., Nickleit, V. és Gudat, F. (1999). Morphologic criteria of chronic renal allograft rejection. *Transplantation Proceedings*, 31, 1295-1297.

143. Monti, D. A., Peterson, C., Kunkel, S., Hauck, W. W., Pequignot, E., Rhodes, L. és Brainard, G. C. (2006). A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 363–373.
144. Morrill, E. F., Brewer, N. T., O’Neill, S. C., Lillie, S. E., Dees, E. C., Carey, L. A. és Rimer, B. K. (2008). The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho-oncology*, 17, 948-953.
145. Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D. és Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17, 1– 16.
146. Muslin, H. L. (1971). On acquiring a kidney. *Americal Journal of Psychiatry*, 127, 1185-1188.
147. Nainis, N., Paice, J. A., Ratner, J., Wirth, J. H., Lai, J. és Shott, S. (2006). Relieving Symptoms in Cancer: Innovative Use of Art Therapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 162-169.
148. Nesci, D. A., Favale, C., Foco, M., Castagneto, M. és Nanni, G. (2001). Psychodynamic Evaluation of Kidney Transplant Patients Enrolled in a New Immunosuppressive Drug Trial. *Transplantation Proceedings*, 33, 1907–1908.
149. Nickel, R., Wunsch, A., Egle, U. T., Lohse, A. W. és Otto, G. (2002). The relevance of anxiety, depression, and coping in patients after liver transplantation. *Liver Transplantational*, 8, 63-71.
150. Nilsson, M., Persson, L. és Forsberg, A. (2008). Perceptions of experiences of graft rejection among organ transplant recipients striving to control the uncontrollable. *Journal of Clinical Nursing*, 17(8), 2408–2417.
151. Ocheltree, J. (2011). Japan slowly learning to embrace organ donation. Elérhető: <http://www.japantoday.com/category/lifestyle/view/japan-slowly-learning-to-embrace-organ-donation> Letöltés dátuma: 2014. március 20.
152. Opelz, G. és Döhler, B. (2012). Association of HLA Mismatch With Death With a Functioning Graft After Kidney Transplantation: A Collaborative Transplant Study Report. *American Journal of Transplantation*, 12, 3031–3038.
153. Pálóczi, K. és Tari, A. (2003). A csontvelő-átültetés pszichoszociális vonatkozásai: bizonytalanság és életveszély. *Orvosi Hetilap*, 144(36), 1755-1761.
154. Pascazio, L., Nardone, I. B., Clarici, A., Enzmann, G. és Grignetti, M., Panzetta, G. O. és Vecchiet, C. (2010). Anxiety, depression and emotional profile in renal

- transplant recipients and healthy subjects: a comparative study. *Transplantation Proceedings*, 42(9), 3586-3590.
155. Pelgur, H., Atak, N. és Kose, K. (2009). Anxiety and Depression Levels of Patients Undergoing Liver Transplantation and Their Need for Training. *Transplantation Proceedings*, 41, 1743–1748.
  156. Pepper, G. A. (1972). The relationship of self-actualization sophistication-of body concept, perceptual field independence and dominant interests of graduate students in nursing to enrollment in four areas of clinical specialty and choice of three functional areas. PhD Dissertation. Elérhető: <http://content.lib.utah.edu/utis/getfile/collection/etd1/id/1409/filename/148.pdf> Letöltés dátuma: 2013. november 23.
  157. Perczel, F. D., Kiss, Zs. és Ajtay, Gy. (2005). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest, Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet.
  158. Pérez-San-Gregorio, M. A., Martín-Rodríguez, A., Galán-Rodríguez, A. és Pérez-Bernal, J. B. (2005). Psychological Stages in Renal Transplant. *Transplantation Proceedings*, 37, 1449-1452.
  159. Pérez-San-Gregorio, M. A., Martín-Rodríguez, A., Galán-Rodríguez, A., Borda-Más, M (2009). Living and deceased transplanted patients one year later: Psychosocial differences just after surgery. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 429-438.
  160. Pérez-San-Gregorio, M. A., Martín-Rodríguez, A., Díaz-Dominiquez, R. és Pérez-Bernal J. B. (2006) The influence of posttransplant anxiety on the long-term health of patients. *Transplantation Proceedings*, 38, 2406-2408.
  161. Perkins, C. F., Wagemaker, H. és Levy, B. (1983). The HTP as a measure of change in dialyzed schizophrenic patients. *Journal of Clinical Psychology*, 39(3), 448-452.
  162. Perner, F. és Petrányi, Gy. (2013). *Szervátültetés*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt.
  163. Petrie, K. J., Broadbent, E. és Meechan, G. (2003). Self-regulatory interventions for improving the management of chronic illness. In. Cameron, L. D. és Leventhal, H. (szerk.). *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 257-277). New York, Routledge.
  164. Petrie, K. J., Cameron, L., Ellis, C. J., Buick, D. és Weinman, J. (2002). Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 64, 580–586.

165. Petrie, K. J. és Weinman, J. (2012). Patients' Perceptions of Their Illness: The Dynamo of Volition in Health Care. *Current Directions in Psychological Science*, XX(X), 1–6.
166. Pintér, N. (2013). A betegség fenomenológiai tapasztalata. In: Csabai, M. és Pintér, N. (szerk). *Pszichológia a gyógyításban. Fenomenológiai, művészetpszichológiai és tetskép-központú megközelítések* (pp. 15-41). Budapest, Oriold és Társai.
167. Pócza-Véger, P., Havancsák, R., Sipka, T. Cs., Látos, M., Barzó, P., Kemény, L., Varga, E., Lázár, Gy. és Csabai, M. (2014). A PRISM-D rajzteszt használatával kapcsolatos terápiás tapasztalatok a szomatikus betegekkel való pszichológiai munka során. In: *Határtalan pszichológia. Magyar Pszichológiai társaság XXIII. Országos Tudományos Nagygyűlése* (pp. 142). Magyar Pszichológiai Társaság.
168. Quintin, J. (2012). Organ transplantation and meaning of life: the quest for self fulfillment. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16(3), 565.
169. Radley, A. (2000). Health Psychology, Embodiment and the Question of Vulnerability. *Journal of Health Psychology*, 5, 297-304.
170. Ratcliff, M. B. (2007). Posttraumatic growth and treatment adherence among adolescent renal transplant recipients: deciphering the moderating and mediating effects of hardiness, coping, and appraisal. Dissertation. Elérhető: [https://getd.libs.uga.edu/pdfs/ratcliff\\_megan\\_b\\_200705\\_phd.pdf](https://getd.libs.uga.edu/pdfs/ratcliff_megan_b_200705_phd.pdf). Letöltés ideje: 2014. augusztus 16.
171. Reynolds, L., Broadbent, E., Ellis, C. J., Gamble, G. és Petrie, K. J. (2007). Patients' drawings illustrate psychological and functional status in heart failure. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 525– 532.
172. Rodrigue, J. R., Mandelbrot, D. A. és Pavlakis, M. (2011). A psychological intervention to improve quality of life and reduce psychological distress in adults awaiting kidney transplantation. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 26(2), 709-715.
173. Rodrigue, J. R., Bazb, M. A., Widowsc, M. R., Ehlersd, S. L. (2005). A Randomized Evaluation of Quality-of-Life Therapy with Patients Awaiting Lung Transplantation. *American Journal of Transplantation*, 5, 2425–2432.
174. Rogers, C. (2008). *Valakivá válni. A személyiség születése*. Budapest, Edge 2000.
175. Rózsa, S., Szádóczky, E., és Füredi, J. (2001). A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16(4), 384—402.

176. Sacks, C. R., Peterson, R. A. és Kimmel, P. L. (1990). Perception of illness and depression in chronic renal disease. *American Journal of Kidney Disease*, 15, 31-39.
177. Sajtos, L. és Mitev, A.(2006). *SPSS kutatási és adatelemzési kézikönyv*. Budapest, Alinea Kiadó.
178. Sanner, M. A. (2005). Living with a stranger's organ – Views of the Public and Transplant Recipients. *Annals of Transplantation*, 10, 9-12.
179. Schilder, P. (1978). *The image and appearance of the human body*. New York, International Universities Press.
180. Schipper, K., Abma, T. A., Koops, C., Bakker, I., Sanderman, R.és Schroevers, M. J. (2013). Sweet and sour after renal transplantation: A qualitative study about the positive and negative consequences of renal transplantation. *British Journal of Health Psychology*, 19(3), 580-91.
181. Schlitt, H. J., Brunkhorst, R., Schmidt, H. H. J., Nashan, B., Haverich, A. és Raab, R. (1999): Attitudes of patients before and after transplantation towards various allografts. *Transplantation*, 68, 510-514.
182. Segatto, B., L, Sabiston, C., M., Harvey, W., J. és Bloom G., A. (2013). Exploring relationships among distress, psychological growth, motivation, and physical activity among transplant recipients. *Disability And Rehabilitation*, 35, 2097-2103.
183. Selye, J. (1950). Stress and the General Adaptation Syndrome. *British Medical Journal*, 1(4667), 1383–1392.
184. Sharp, L. A. (2007). *Bodies, commodities and biotechnologies: death, mourning and scientific desire in the realm of human organ transfer*. New York, Columbia University Press.
185. Shemesh, E., Lurie, S., Stuber, M. L., Emre, S., Patel, Y., Vohra, P., Aromando, M. és Shneider, B. L. (2000). A pilot study of posttraumatic stress and nonadherence in pediatric liver transplant recipients. *Pediatrics*, 105(2), E29.
186. Shimazono, Y. (2013). Accommodating a "foreign" organ inside the body: Post-transplant bodily experiences of Filipino kidney recipients. *Ars Vivendi Journal*, 3, 24-50.
187. Sipos, K., Sipos, M. és Spielberger, C. D. (1994). A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar változata. In. Mérei, F. és Szakács, F. (szerk.). *Pszichodiagnosztikai vademecum I.* (pp. 123-148). Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó.



188. Spielberger, C., D., Gorsuch, R., L. és Lushene, R., E. (1970). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, Consulting Psychologists Press.
189. Steele, T. E., Wuerth, D. és Finkelstein, S. (1996). Quality of life in peritoneal dialysis patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 368-374.
190. Stephanos, S. (1980). Analytical Psychosomatic in Internal Medicine. *International Review of Psycho-Analysis*, 7, 219-232.
191. Stern, D. (1992). *A csecsemő személyközi világa*. Budapest, Animula.
192. Streltzer, J., Moe, M., Yanagida, E. H. és Siemsen A. (1983). Coping with transplant failure: grief versus denial. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 13, 97-107.
193. Sumalla, E. C., Ochoa, C. és Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29, 24-33.
194. Szabó, P. (2008). A testképzavarok néhány speciális vonatkozása: Testdiszmorfiás zavar, plasztikai sebészet és apotemnofília. In. Túry, F. és Pászthy, B. (szerk.). *Évésztavarak és testképzavarok* (pp. 93-107). Budapest, Pro Die.
195. Tari, A. (é.n.). A transzplantáció pszichés vonatkozásai. Elérhető: <http://tariannamaria.hu/cikkek/onko/02-donacio.htm> Letöltés dátuma: 2013. március 20.
196. Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38(11), 1161-1173.
197. Tedeschi, R., és Calhoun, L. W. (2004). Poszttraumás növekedés: elméleti alapok és empirikus bizonyítékok. In. Kulcsár, Zs. (szerk.) (2005). *Teher alatt. Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás fejlődés* (pp. 37-67). Budapest, Trefort Kiadó.
198. Tedeschi, R. és Calhoun, L. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
199. Tiemersma, D. (1989). *Body schema and body image. An Interdisciplinary and Philosophical Study*. Amsterdam, Swets & Zeitlinger.
200. Turner, B. S. (1997). From government to risk: some reflections on Foucault's contribution to medical sociology. In. Peterson, A. és Bunton, R. (szerk.) *Foucault, Health and Medicine* (pp. 9-21). London, Routledge.
201. Vamos, M. (1997). Survivor guilt and chronic illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 592-596.
202. Vamos, M. (2010). Organ transplantation. and magical thinking. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 883-887.

203. Vass, Z. (2002). A dinamikus rajzvizsgálat személyiség szintjei és a pszichológiai differenciáció. *Psychiatrica Hungarica*, 17 (1), 30-49.
204. Vass, Z. (1996). A projektív rajzok előnyei, problémái és kutatási távlatai. *Magyar Pszichológia Szemle*, 52, 81-100.
205. Vass, Z. (2006). *A rajzvizsgálat pszichodiagnosztikai alapjai*. Budapest, Flaccus Kiadó.
206. Vass, Z. (2011). *A képi kifejezéspszichológia alapkérdései. Szemlélet és módszer*. Budapest, L'Harmattan.
207. Vermes, K. (2006). A test valósága mint élmény, kép, kapcsolat. *Pszichoterápia*, 15(6), 425-431.
208. Walker, A. M., Harris, G., Baker, A., Kelly, D. és Houghton, J. (1999). Post-traumatic stress responses following liver transplantation in older children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 363–374.
209. Wallace, J., Yorgin, P. D., Carolan, R., Moore, H., Sanchez, J., Belson, A., Yorgin, L. C., Major, C., Granucci, L., Alexander, S. és Arrington, D. (2004). The use of art therapy to detect depression and post-traumatic stress disorder in pediatric renal transplant recipients. *Pediatric Transplantation*, 8, 52–59.
210. Wang, Y., Wang, Y. és Liu, X. (2012). Posttraumatic growth of injured patients after motor vehicle accidents: an interpretative phenomenological analysis. *Journal of Health Psychology*, 17, 297-308.
211. Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R. és Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11, 431– 445.
212. Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Process and the Facilitating Environment*. London, Hogarth Press.
213. Winnicott, D. W. (2004). *A kapcsolatban bontakozó lélek. Válogatott tanulmányok*. Péley, B. szerk. Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó.
214. Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *The International Journal of Psycho-analysis*, 34, 89-97.
215. Witkin, H. A. (1962). Articulation of the Body Concept. In: Witkin, H. A., Dyk, R. B., Faterson, H. F., Goodenough, D. R. és Karp, S. A. (szerk). *Psychological Differentiation* (pp. 115-133). New York, Wiley.

216. Witkin, H. A. (1965). Pszichés differenciáció és különböző patológiás formái. In. Komlósi, A (1987) (szerk). *A megismerőfolyamatok differenciálpszichológiája* (9-37). Tankönyvkiadó, Budapest.
217. Yardley, L. (1999). Understanding embodied experience. In. Murray, M. és Chamberlain, K. (szerk.). *Qualitative health psychology: Theories and methods* (pp. 31-46). London, Sage.
218. Ye, H. J., Hu, L. J., Yao, Y. Y. és Chen, J. H. (2011). The effects of two health education models on psychological and nutritional profile of patients waiting for kidney transplantation. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi*, 50, 845-847.
219. Yorulmaz, H., Bayraktar, S. és Özdilli, K. (2010). Posttraumatic growth in chronic kidney failure disease. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 2313–2319.

## A dolgozat témájában megjelent publikációk

### Nemzetközi publikációk

Látos, M., Devecsery, Á., Horváth, Z., Lázár, Gy., Szederkényi, E., Szenohradszky, P., Csabai, M. (2015). The Role of Body Image Integrity and Posttraumatic Growth in Successful Organ Transplantation. A 3-Year Longitudinal Study of Kidney Transplant Patients. *Health Psychology Open*, közlésre elfogadva.

Látos, M., Barabás, K., Lázár, Gy., Szederkényi, E., Szenohradszky, P., Marofka, F., Csabai, M. (2012). Mental Representations of the New Organ and Posttransplant Patients' Anxiety as Related to Kidney Function. *Transplantation Proceedings*, 44(7), 2143–2146.

### Hazai publikációk

Látos, M., Devecsery, Á., Lázár, Gy., Horváth, Z., Szenohradszky, P., Szederkényi, E., Csabai, M. (2015). A testkép komplexitása és a szervátültetés sikeressége. Vesetranszplantált páciensek longitudinális vizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, közlésre elfogadva.

Látos, M. (2015). A vesetranszplantáció sikerességének pszichológiai tényezői. *Nemzeti kiválóság Program KIH kiadvány*, közlésre elfogadva.

Látos, M., Lázár, Gy., Havancsák, R., Pócza-Véger, P., Horváth, Z., Csabai, M. (2014). A projektív rajztesztek alkalmazásának lehetőségei transzplantált páciensek körében. In: Münnich, Á. (szerk). *Pszichológiai Kutatások: Debreceni Egyetem Pszichológiai Doktori Program*. (pp. 29-38). Debrecen, Debreceni Egyetemi Kiadó.

Látos, M. (2013). A testkép szerepe a transzplantációs átesett betegek felépülésében. In: Csabai, M. és Pintér, N. (szerk). *Pszichológia a gyógyításban. Fenomenológiai, művészetpszichológiai és testkép-központú megközelítések*. (pp. 43-65). Budapest, Oriold és Társai.

Látos, M., Barabás, K., Lázár, Gy., Marofka, F., Szederkényi, E., Szenohradszky, P., Csabai, M. (2012). A vesetranszplantáció sikerességének pszichológiai tényezői. A szorongásszint és a

szerv intrapszichés integrációjának hatása a gyógyulási folyamatra. *Orvosi Hetilap*, 153(15), 592-597.

Látos, M., Barabás, K., Marofka, F., Szederkényi, E., Szenohradszky, P., Csabai, M., Lázár, Gy. (2012). A vesetranszplantáció pszichológiai rizikófaktorai. *Magyar Sebészet*, 65:(4), 256.

### **Nemzetközi konferencia részvételek**

Látos, M., Barabás, K., Lázár, Gy., Csabai, M. (2013). The effect of kidney transplant patients' body image characteristics on their recovery. Phd Scientific Days, p. 132. Budapest, 2013. április 11-12.

Látos, M., Barabás, K., Lázár, Gy., Szenohradszky, P., Marofka, F., Csabai, M. (2011). The Effect Of Renal Transplant Patients' Anxiety, Depression, And Representations Of Illness On The Healing Process. XIV International Meeting of the European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics, p. 26. Budapest, 30 June-2 July, 2011.

Látos, M., Barabás, K., Lázár, Gy., Szederkényi, E., Szenohradszky, P., Marofka, F., Csabai, M. (2012). Post-transplantation anxiety and mental representations of the new organ are correlated with creatinine and urea levels after kidney transplantation. *International Journal of Behavioural Medicine*, 19(1), 177.

Látos M, Barabás K, Lázár Gy, Szederkényi E, Csabai M. (2011). The effect of renal transplant patients' anxiety, depression, and representations of illness on the healing process. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(6), 64.

### **Hazai konferencia részvételek**

Látos, M., Horváth, Z., Szederkényi, E., Szenohradszky, P., Devecsery, Á., Csabai, M., Lázár, Gy. (2014). Testthatárok és a transzplantáció sikeressége. A Magyar Sebész Társaság 62. Kongresszusa, p. 181. Győr, 2014. június 12-14.

Látos, M., Devecsery, Á., Lázár, Gy., Horváth, Z., Csabai, M. (2014). A fantázia tere és a test valósága. Testthatárok és a transzplantáció sikeressége. In: Vargha, A. (szerk.) Határtalan

pszichológia – Unlimited Psychology: A Magyar Pszichológiai Társaság XXIII. Országos Tudományos Nagygyűlésének Kivonatkötetete, p. 140-141. Románia, Marosvásárhely, 2014. május 15-17.

Pócza-Véger, P., Havancsák, R., Sipka, T. Cs., Látos, M., Barzó, P., Kemény, L., Varga, E., Lázár, Gy., Csabai, M. (2014). A PRISM-D rajzteszt használatával kapcsolatos terápiás tapasztalatok a szomatikus betegekkel való pszichológiai munka során. In: Vargha, A. (szerk.) Határtalan pszichológia – Unlimited Psychology: A Magyar Pszichológiai Társaság XXIII. Országos Tudományos Nagygyűlésének Kivonatkötetete, p. 142. Románia, Marosvásárhely, 2014. május 15-17.

Látos, M. (2014). A projektív rajztesztek alkalmazásának lehetőségei transzplantált páciensek körében A PTE Pszichológia Intézet Nemzeti Kiválóság Programban részt vevő ösztöndíjasainak házi minikonferenciája, p. 9-10. Pszichológus Workshop. Pécs, Magyarország, 2014.09.24

Látos, M. (2013). A testképzavar és a transzplantáció sikeressége. In. Kővágó Pál, Vass, Z. (szerk). II. Országos Alkalmazott Pszichológiai PhD Hallgatói Konferencia. p. 25. Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézet Budapest, 2013. november 16.

Pócza-Véger, P., Havancsák, R., Látos, M., Kovács, P., Sándor, Z., Barzó, P., Csabai, M. (2013). Kórházi betegek betegségrepresentációinak megjelenítése a PRISM-D rajzteszt használatával. In. Vass, Z. (szerk). II. Országos Alkalmazott Pszichológiai PhD Hallgatói Konferencia. p. 32. Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézet Budapest, 2013. november 16.

Havancsák, R., Pócza-Véger, P., Látos, M., Kovács, P., Sándor, Z., Barabás, K., Csabai, M. (2013). PRISM-D rajzteszt térbeli formációinak elemzése a betegségrepresentációk és a megküzdési kapacitás vizsgálatára. In. XIII. Magatartástudományi Napok, p. 42-43. Debrecen, 2013. június 20-21.

Látos, M., Barabás, K., Lázár, Gy., Devecsery, Á., Csabai, M. (2013). A testkép szerepe vese transzplantáción átesett páciensek felépülésében. In. Vargha, A. (szerk). Magyar Pszichológiai társaság XXII. Országos Tudományos Nagygyűlése, p. 263. Budapest, 2013. június 5-7.

Havancsák, R., Pócza-Véger, P., Látos, M., Kovács, P., Sándor, Z., Barabás, K., Csabai, M. (2013). PRISM-D rajzteszt térbeli alakzatainak kódrendszere a kórházi betegek

betegségrepresentációinak vizsgálatára. In. Vargha, A. (szerk). Magyar Pszichológiai társaság XXII. Országos Tudományos Nagygyűlése, p. 264. Budapest, 2013. június 5-7.

Látos, M. (2013). Szorongás és az új szerv mentális reprezentációja vesetranszplantáció után. XVII. Debreceni Nephrologiai Napok Debrecen, 2013. május 29 – június 1.

Látos, M. (2013). Pszichoszomatikus betegségek gyógyítása a Sebészei Klinikán. In. A pszichoszomatikus medicina oktatása, gyakorlata és kutatása c. tudományos ülés. Szeged, 2013. április 25.

Látos, M., Barabás, K., Marofka, F., Szederkényi, E., Szenohradzky, P., Csabai, M., Lázár, Gy. (2012). A vesetranszplantáció pszichológiai rizikófaktorai. A szorongásszint hatása a gyógyulási folyamatra. A Magyar Sebész Társaság 61. Kongresszusa, Szeged, 2012. szeptember 13-15.

Havancsák, R., Kovács, P., Látos, M., Sándor, Z., Barabás, K., Csabai, M. (2012). A PRISM nonverbális teszt első hazai alkalmazásának tapasztalatai kórházi osztályokon fekvő daganatos betegekkel. XII. Magatartástudományi Napok, Szeged, 2012. június 14-15.

Látos, M., Barabás, K., Lázár, Gy., Csabai, M. (2012). A szorongás nehezíti a transzplantált vese befogadását? Komplex vizsgálóeljárás a pszichológiai tényezők és a vesefunkciók mérésére. XII. Magatartástudományi Napok, Szeged, 2012. június 14-15.

Látos, M., Szederkényi, E., Marofka, F., Szenohradzky, P., Lázár, Gy., Barabás, K., Csabai, M. (2012). „Amikor műtét után felébredtem, úgy érzetem újjászülettem.” A betegséggel és a szervvel kapcsolatos mentális reprezentációk hatása a vese transzplantáción átesett páciensek felépülésére. In. Vargha, A. (szerk). A Magyar Pszichológiai Társaság XXI. Országos Tudományos Nagygyűlése, p. 402. Szombathely, 2012. május 30.

Havancsák, R., Kovács, P., Látos, M., Sándor, Z., Barabás, K., Csabai, M. (2012). A PRISM rajzteszt alkalmazása kórházi betegek reprezentációinak és a megküzdést segítő tényezők feltárására. Első hazai tapasztalatok. In. Vargha, A. (szerk). A Magyar Pszichológiai Társaság XXI. Országos Tudományos Nagygyűlés, p. 402. Szombathely, 2012. május 30.

Látos, M., Barabás, K., Csabai, M. (2011). A betegségrepresentáció és a szorongásszint hatása a vese transzplantációt követő gyógyulási folyamatra. XI. Magatartástudományi Napok, p. 43. Gödöllő, 2011. június 28-29.

Látos, M., Barabás, K., Csabai, M. (2011). A vese transzplantáció sikerességének pszichológiai tényezői. A szorongás szint és a szerv intrapszichés integrációjának hatása a gyógyulási folyamatra. In. Vargha, A. (szerk). Magyar Pszichológiai Társaság XX. Országos Tudományos Nagygyűlés, p. 32. Budapest 2011. május 25-27.

Látos, M., Barabás, K., Csabai, M. (2010). Vese transzplantáción átesett betegek szorongás szintjének és betegség reprezentációjának hatása a gyógyulási folyamatra. X. Magatartástudományi Napok, p. 66. Pécs, 2010. május 25-27.

### **Egyéb publikációk**

Látos, M. (2014). A stressz hatása egészségünkre. *Mindennapi Pszichológia*, V(5), 46-49.

Látos, M. (2014). A transzplantáció pszichológiája. *Mindennapi Pszichológia*, V(6), 60-61.



## Köszönetnyilvánítás

Mindenekelőtt köszönöm témavezetőmnek, Prof. Dr. Csabai Mártának a felbecsülhetetlen szakmai és emberi segítségét, ösztönzését, azért, hogy mindvégig töretlen bizalommal állt mellettem. Hálásan köszönöm Prof. Dr. Lázár Györgynek, a szegedi Sebészeti Klinika vezetőjének, hogy nélkülözhetetlen szakmai tanácsaival, önzetlen támogatásával alapvetően hozzájárult szakmai fejlődésemhez és sikeres munkámhoz. Köszönetemet fejezem ki a kutatómunkám során nyújtott támogatásáért Prof. Dr. Erős Ferencnek, a PTE BTK Pszichológiai Doktori Iskola elméleti pszichoanalízis program vezetőjének, Prof. Dr. László Jánosnak, a PTE BTK Pszichológiai Doktori Iskola vezetőjének, valamint Habil. Dr. Barabás Katalinnak, az SZTE ÁOK Magatartástudományi Intézet vezetőjének.

Köszönetemet fejezem ki a szegedi Transzplantációs Osztály minden munkatársának, amiért munkám során mindvégig támogattak, ezáltal megteremtve a lehetőséget arra, hogy ezt a doktori dolgozatot elkészülhessen. Külön köszönöm transzplantológus kollégáimnak, Dr. Szederkényi Editnek, Dr. Szenohradszky Pálnak és Dr. Marofka Ferencnek, hogy doktori kutatásaim során formális és informális beszélgetéseink során visszajelzéseikkel hozzájárultak szemléletmódom alakulásához. A transzplantációs várólistán lévő betegek számára kidolgozott szűrőprogram elindításában nyújtott segítségéért külön köszönet illeti Dr. Ondirk Zoltánt, a szegedi Dialízis Központ vezetőjét.

Köszönet illeti az SZTE Sebészeti Klinikáján dolgozó minden kollégámat, amiért munkámban legjobb tudásuk szerint segítettek. Hálás köszönettel tartozom a vizsgálatban résztvevő személyeknek, akik élményeikhez közel engedtek és Vass Zoltánnak, a képi kifejezéspszichológia szakértőjének, a rajztesztek elemzésében nyújtott segítségéért.

Köszönöm barátaim és pszichológus munkatársaim megértését és segítőkészségét. Végül, de nem utolsó sorban hálásan köszönöm családom támogatását. Szüleimnek, hogy elindítottak az életben és a kutatói pályán, Páromnak, hogy nyugalmaival és szakmai tanácsaival mindig mellettem áll. Külön köszönöm Nagymamámnak a munkám felé tanúsított töretlen lelkesedését és írásaim gondos elolvasását.

## Gyakran használt rövidítések és idegen szavak listája

**BDI:** Beck Depresszió Kérdőív

**Cadaver:** Agyhalott személyből származó

**Donor:** Az a személy, aki szervet adományoz más személybe átültetés céljából, illetve akinek testéből halála után szervet távolítanak el más személybe történő átültetés céljából.

**eGFR:** Becsült Glomerulus Filtrációs Ráta

**Graft:** A transzplantációra alkalmas bármely (önálló) szövet vagy szerv.

**Humán leukocita-antigén (HLA):** Az emberi hisztokompatibilitási rendszer génjei által kódolt sejt felszíni molekulák jelentős szerepet játszanak az antigénfelismerésben és az immunrendszer reakcióinak elindításában. Az antigének feldolgozásával és a peptidok prezentálásával biztosítják a saját és az idegen azonosítását. Az emberi hisztokompatibilitási rendszer (HLA, vagyis humán leukocita-antigén) a 6. kromoszóma rövid karján helyezkedik el. A HLA-átörökítést tekintve a testvérek negyede teljesen azonos, negyede teljesen különböző, 50%-uk egy haplotípusban megegyező lehet. A HLA rendszer génjei által kódolt sejt felszíni molekulák jelentős szerepet játszanak az antigénfelismerésben és az immunrendszer reakcióinak elindításában. Az antigének feldolgozásával és a peptidok prezentálásával biztosítják a saját és az idegen azonosítását (Perner és Petrányi, 2013).

**PTGI:** Posztraumatikus Növekedés Kérdőív

**Recipiens:** Az a személy, akinek testébe más személyből eltávolított szervet ültetnek át gyógykezelés céljából.

**Rejekció:** A veseátültetés után hiperakut, akut vagy krónikus rejekció, vagy más néven kilökődés fordulhat elő. A hiperakut kilökődés közvetlen a transzplantáció utáni 24 órán belül jelentkezik, előfordulása ritka, mivel in vitro teszttel szűrhető. Akut rejekció az első hat nap során jelentkezik, jele a csökkenő kreatinin-clearance (a vese kevesebb milliliter vért tud egy perc alatt megtisztítani a kreatinintól) és vizeletmennyiség, láz, hypertonia és az átültetett szerv (vese graft) duzzadása. A krónikus kilökődés a műtét utáni későbbi években alakul ki, mely során a vesefunkció fokozatosan romlik, és a kezelésre nem reagál. Következésképpen a szerv elvesztése is megtörténhet, és ennek lefolyását sajnos a mai napig nem tudják befolyásolni (Grandaliano, Losappio és Maiorano, 2012; Járay, 2002).

**STAI:** Spielberger Szorongás Kérdőív

**TOQ:** Transzplantált Szerv Kérdőív

## Mellékletek

1. Hárdi-féle személyiség szintek (Hárdi, 20002)
2. Witkin-féle testkép-differenciáltsági skála (Witkin, 1962)
3. PRISM-D nonverbális teszt (Havancsák, Pócza-Véger és Csabai, 2013a)
4. Transzplantált Szerv Kérdőív (Corruble és mtsai, 2012)
5. Poszttraumatikus Növekedésérzés Kérdőív (Tedeschi és Calhoun, 1996)
6. Beck Depresszió Skála (Beck és mtsai, 1961; Rózsa, Szádóczky és Füredi, 2001)
7. Spielberger-féle Állapot-és Vonásszorongás Kérdőív (Sipos, Sipos és Spielberger, 1994; Perczel, Kiss és Ajtay, 2005; Spielberger, Gorsuch és Lushene, 1970)
8. Szociodemográfiai adatokat mérő kérdőív

## 1. Melléklet: Hárdi-féle személyiség szintek

Hat kategóriát különböztetett meg, melyek A-tól F-ig terjednek. Az A és B szinten két altípust különböztethetünk meg (Hárdi, 1988, 2002; Vass, 2011).

**A1. Szétbomlott formák, firák:** szétesett, szétbomlott formák, jelentés nélküli firkarajzok. A legmélyebb regressziót jelenti, a személyiség rendje teljesen felbomlott. Pl. delíriumban vagy a személyiség súlyos leépülésekor.

**A2. Fej-láb emberke:** a primitív sémák egyike, a fej és a törzs egybeolvad, illetve a lábak a fejhez kapcsolódnak.

**B1. Karika-vonal séma:** az arc sematikus (két pont és egy vonal), a törzs kétdimenziós, szabálytalan ovális, de egyvonalas karokat és lábakat tartalmaz.

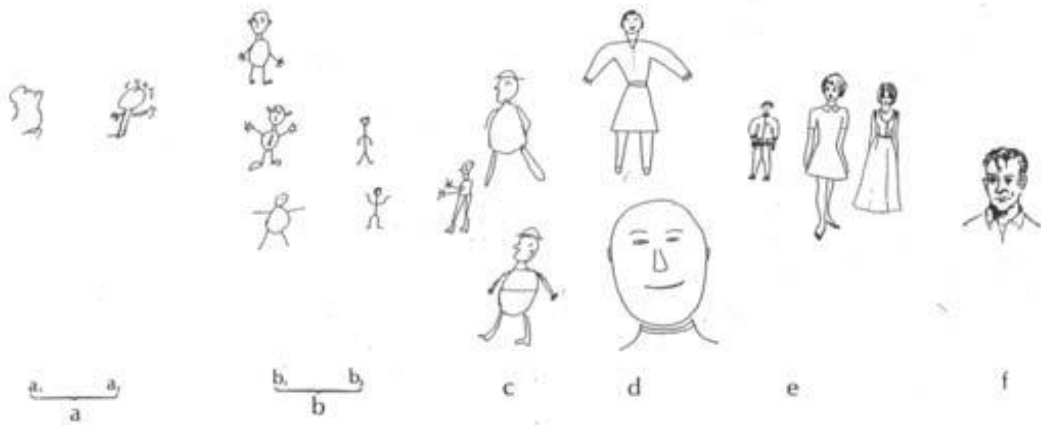
**B2. Pálcikaemberke:** egyvonalas törzsből és egyvonalas végtagokból áll.

**C. Kettős vonalú séma:** még mindig infantilis, kevésbé kidolgozott, merev, egyenes vonalak láthatóak ott is, ahol görbe vonalakra lenne szükség. A fej és a törzs differenciálatlan (kör vagy ovális), a testrészek két vonallal ábrázoltak.

**D. Közel-realisztikus rajzok:** ide tartoznak az egyszerűbb képességgel rendelkező, átlag felnőttek rajzai. Az alak még mindig merev, kidolgozatlan, de néhány részlet már felfedezhető a rajzon (pl. ruházat).

**E. Differenciáltabb-realisztikus szint:** realisztikusabb, kifinomultabb, kidolgozottabb, részletgazdag rajzot mutat. Sok esetben hasonlíthat a rajzolóra, vagy előfordulhat egyedi foglalkozásábrázolás is.

**F. Kiemelkedő tehetséges szint:** a legritkábban előforduló kategória, a kiemelkedő, tehetséges ábrázolás szintje, mely a legmagasabb fokú képi kifejezést teszi lehetővé, élményszerű valóságábrázolás jellemzi. Individuális, lehet részleteiben gazdag, de állhat néhány művészileg kivitelezett vonalból is.



## 2. Melléklet: Testkép-differenciáltsági skála

### I. Értékelendő kategóriák – a rajzok tulajdonságai a differenciáltság tekintetében

#### A. Formai színvonal

A differenciáltság legfontosabb indikátora, mely nem csak a figura általános alakjáról és a rajz tagoltságáról ad információt, hanem a megfelelő formájú testrészek integrációjáról, kezdve a gyerekes szem-orr-száj megrajzolásától és a kör vagy ovális alakú fejformától a differenciáltabb és integráltabb fejformáig és a kifinomult arckifejezésig.

##### i) Primitív tulajdonságok

- a) Túlnyomó részt köröket, oválist, háromszöget, négyszöget rajzol a törzsnek és pálcikát alkalmaz végtagként.
- b) A végtagok úgy kapcsolódnak a törzshöz, mintha oda lennének ragasztva, vagy csupán rá lennének helyezve a test vázára (a végtagok transzparenssek), illetve a testrészek egymással is mintha össze lennének tapadva.
- c) Hiányoznak a vállak, a derék és a csípő.
- d) A test körvonala durva, a leglényegesebb részletek jelennek meg, azaz a fej, a torzó, a végtagok, minden kisebb és számos nagy hiányossággal.
- e) A figura és a végtagok szétesése jellemző a rajzra, azaz nem folytatódik, megszakításos a test és/vagy a végtagok kapcsolódása, elhalványodik a vonalvezetés a semmibe, vagy valamilyen zavaros firkálásba.
- f) A karok (és/vagy a lábak) hirtelen befejeződnek (karom, mancs).
- g) Durván aránytalan karok, lábak, fülek, ujjak stb. primitív formával és kontrollálatlan vonalvezetéssel kombinálva.

##### ii) Differenciált tulajdonságok

- a) Határozott, formázott kontúr, a fej, a nyak a vállak jól integráltak a test körvonalához.
- b) Kísérlet az emberi alak, arányosság megformálására.
- c) Adekvát elhelyezés, a törzs és a lábak ugyanabba az irányba állnak.

## ***B. Nemi differenciáció és egyedi szerepábrázolás***

A nemi differenciáció szintje hozzájárul a rajz általános értékéhez. A magasabb szintű differenciáltság és kiemelkedőbb integráció a nemi jellegek vagy szerep tulajdonságok hangsúlyozásával együtt jár.

### *i) Primitív tulajdonságok*

- a) Nincsenek határozott nemi jellegek.
- b) A fejtető kontúrára elhelyezett kalap vagy firkált haj jelenhet meg.
- c) A nemi jellegek és az egyéb tulajdonságok tetszőlegesen megjelennek a rajzon. Például egy női torzó a melleknek két körrel, vagy egy pont a köldöknek, a végtagokon elhelyezett kör pedig az ízületeknek.

### *ii) Differenciált tulajdonságok*

- a) Adekvát nemi- és szerep tulajdonságok, melyek megjelennek a ruházatban és a figura alakjában egyaránt (kiegészítők, haj, egyenruha, stb).

## ***C. Rajz tagoltsága, részletessége***

A harmadik kategória, mely szerint a rajz differenciáltságának fokát megállapíthatjuk.

### *i) Primitív tulajdonságok*

- a) A testrészeket elhagyja (pl. hiányzik a nyak, az orr, a kéz, a fülek vagy a szemöldök)
- b) Az arc vonásait körökkel, pontokkal ábrázolja, nincs kísérlet az arckifejezés megjelenítésére
- c) Nem ábrázolja a ruházatot, vagy ellentmondásos, inadekvát utalások jelennek meg (pl. gombok, de nincs más jelzés a ruházatra, sem nyakkivágás vagy mandzsetta; vagy kalapot rajzol, de nincs más ruházat; nyakkendő, de nincs nyakkivágás).

### *ii) Differenciált tulajdonságok*

- a) Következetes, racionális részletek, ruházat, arckifejezés, cipő.
- b) A figura helyesen jeleníti meg az akciót és a szerep kellékeit (pl. cowboy füstölgő pisztollyal).

## **II. Testkép-differenciáltsági skála értékelése - a differenciáltság öt szintje**

### **a. szint: legprimitívebb, infantilis rajzok**

Ebbe a kategóriába tartoznak a legkezdetlegesebb rajzok, melyeknél a differenciáltság hiányára a következő jelek utalnak: oválisok, téglalapok mintha egymáshoz lennének ragasztva, nincs jelen a nemi identitásnak, legfeljebb a haj jelenik meg, nincs arckifejezés, minimális a ruházat.

### **b. szint: moderáltan primitív rajzok**

Ez a kategória kevésbé primitív rajzokat tartalmaz. Miközben a rajzok jellegüket és minőségüket tekintve még mindig eléggé differenciálatlanok, az ebbe a csoportba tartozó figurák a testrészek magasabb szintű integrációját mutatják (legalább kísérletet történik a karok, a lábak, a nyak és a fej integrálására). Megpróbálja megjeleníteni az emberi test formáját, felismerjük a ruházat valamilyen jelét, vagy a meztelen test néhány elszigetelt részletét. Az arcvonások általában részletesebbek, egy kicsit kevésbé primitívek, sőt néhány rajz ebben a csoportban határozott arckifejezést mutat. Az alapvető jellegzetességeket tekintve nincs mulasztás. A vonalvezetés következetes és tudatosan megfontolt.

### **c. szint: közepesen differenciált rajzok**

Ezen a szinten lévő csoport rajzai a differenciáltság-skálán közepesen helyezkednek el. A nemi identitás egyértelmű, minimális részletek megjelennek a rajzon. Jellemzően megfelelő szintű integráció, forma és részletek, egyéni arckifejezés jelenik meg a figurákon. A rajzokon egyrészt nem mutatkozik kiemelkedő komplexitás vagy kifinomultság, másrészt nincs jele a rendkívüli differenciáció vagy dezintegráció hiányának sem.

### **d. szint: moderáltan differenciált rajzok**

Ez a kategória olyan rajzokat tartalmaz, melyek bár az értékelő skála alapján nem kiemelkedőek minden tekintetben, viszonylag magas fokú kifinomultságot mutatnak egy



vagy több szempontból is. Különböző jegyek felismerhetők a rajzon pl. kor, foglalkozás. Az integráció szintje jó, kísérlet történik az emberi alak és arányok realiztikus ábrázolására, hangsúlyos a részletezés és az arckifejezés. Az ötödik szinthez tartozó rajzokkal összehasonlítva azonban ezen a szinten a kész rajzok kevésbé tűnnek megfontoltnak, a vonalak kevésbé határozottak, a rajzok ügyetlenebbek, különösen a fej kidolgozása tűnik kevésbé kifinomultnak.

**e. szint: Legdifferenciáltabb rajzok**

Magas formai színvonal jellemzi a rajzokat (pl. derék, csípő, vállak, mellkas vagy mellek, formázott végtagok). A végtagok és a részletek megfelelően kapcsolódnak a test körvonalához. A rajzoló jellemzően nagy hangsúlyt fektet a fej részleteire és az arckifejezésre, valamint a ruházatra és/vagy a test jellemzőire, alakjára, a nemi jellegekre (gyakran rendkívül nárcisztikusan), ezzel együtt nem csak egy kísérlet tesz, de nagyon ügyesen eléri a testrészek, a ruházat és a kiegészítők racionális és következetes integrációját. Határozottan és céltudatosan készült rajz.

### ***III. Pontozás***

A differenciáció minden egyes jellemzőjét (1. a rajz tagoltságát, formai színvonalát, 2. a nemi differenciációt és az egyedi szerep-ábrázolást, 3. a részletek mennyiségét) pontozzuk egytől ötig.

### 3. Melléklet: PRISM nonverbális teszt

Az általunk használt PRISM tesztben egy A4-es méretű fehér papírlapot használunk az előzőleg rányomtatott standard 7 cm-es sárga körrel. A többi kört filctoll segítségével rajzolják fel a betegek, melynek előnye, hogy a körök középpontjának távolsága mellett egymáshoz viszonyított méretük is hasznos információt nyújt számunkra.

A tetszfelvétel során alkalmazott eszközök: PRISM-teszt, PRISM-jelölő és 8 db filctoll (10-es Faber Castell filctoll készletből) az alábbi színekkel: sárga, piros, rózsaszín, lila, sötétkék, zöld, barna, fekete.

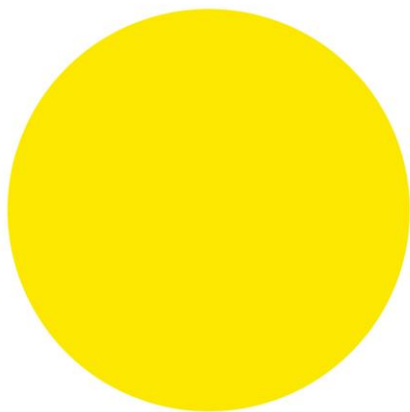
PRISM instrukció: *Kedves Hölgyem/Uram! Szeretnénk jobban megérteni, hogy betegsége hogyan hat a jelenlegi életére. Itt egy fehér papír. (A vizsgálati személynek úgy kell odaadni a lapot, hogy a sárga kör az ő perspektívájából jobbra lent legyen.) Képzelve el, hogy ez a lap az életterét jelenti, ez a sárga kör pedig Önt szimbolizálja. Most arra kérem, hogy ezzel a piros filccel rajolja le betegségét, ugyanúgy egy körrel szimbolizálva azt, oda, ahová a leginkább el tudja helyezni Önmagához képest (piros filcet ad a vizsgálatvezető a kezébe). Elakadás esetén további instrukció, ha szükséges: Gondolkodjon el rajta, mennyire befolyásolja életét a betegség, mennyire érzi nehéznek a tüneteit.*

*Most arra kérem, hogy rajolja le minden olyan fontos területét életének, ami eszébe jut (ha rákérdez, hogy mire is gondolok, akkor megjegyzem: például: család, munka, hobbi, bármi, ami különös jelentőséggel bír Ön számára) – ezek a színek állnak rendelkezésére. Arra kérem, hogy ugyanúgy kör alakjában jelenítse meg az Ön számára fontos tényezőket. Elakadás esetén további instrukció: Gondolkodjon el, mi az, ami még fontos Önnek és eddig nem rajzolta le. Mi hiányzik még erről a képről?*

Utóteszt: *Ez a kör mit jelez az Ön életében?*

Közben a vizsgálatvezető felírja a jelölőlapra a színeket és azok jelentését (utóteszt), illetve a tapasztalt különleges reakciókat (dünnyögés, elakadás, stb.). Jelöljük azt is, ha kiszínezte a kört: a szín mellett zárójelben egy nagy **Sz**-szel, tehát „piros (Sz)”. Továbbá **Á** jel ha átfed a sárgával, és **H** betűvel jelöljük, ha hozzáér a sárgához.

A következő oldalon található maga a teszt.



## PRISM kiértékelő lap

Nem:

Kor:

Diagnózis:

Osztály:

Tesztfelvétel dátuma:

Felvette:

sorrend	szín	méret	távolság	jelentés	különleges reakció	utóteszt
1.	Piros SZ-H-Á	r= _____ cm T= _____ cm <sup>2</sup>	s= _____ cm	betegség		
2.	SZ-H-Á	r= _____ cm T= _____ cm <sup>2</sup>	s= _____ cm			
3.	SZ-H-Á	r= _____ cm T= _____ cm <sup>2</sup>	s= _____ cm			
4.	SZ-H-Á	r= _____ cm T= _____ cm <sup>2</sup>	s= _____ cm			
5.	SZ-H-Á	r= _____ cm T= _____ cm <sup>2</sup>	s= _____ cm			
6.	SZ-H-Á	r= _____ cm T= _____ cm <sup>2</sup>	s= _____ cm			

7.	SZ-H-Á	r= _____ cm T= _____ cm <sup>2</sup>	s= _____ cm			
8.	SZ-H-Á	r= _____ cm T= _____ cm <sup>2</sup>	s= _____ cm			
9.	SZ-H-Á	r= _____ cm T= _____ cm <sup>2</sup>	s= _____ cm			
10.	SZ-H-Á	r= _____ cm T= _____ cm <sup>2</sup>	s= _____ cm			
11.	SZ-H-Á	r= _____ cm T= _____ cm <sup>2</sup>	s= _____ cm			
12.	SZ-H-Á	r= _____ cm T= _____ cm <sup>2</sup>	s= _____ cm			
13.	SZ-H-Á	r= _____ cm T= _____ cm <sup>2</sup>	s= _____ cm			
14.	SZ-H-Á	r= _____ cm T= _____ cm <sup>2</sup>	s= _____ cm			
15.	SZ-H-Á	r= _____ cm T= _____ cm <sup>2</sup>	s= _____ cm			

#### 4. Melléklet: Beck Depresszió Kérdőív

Az alábbi kérdőívben állításokat olvashat – minden csoportban négyet. Ezek közül válassza ki azt az egyet, minden négyes csoportból, amelyik az adott csoportban a legjobban illik Önre, amelyik a **legjobban tükrözi érzéseit az elmúlt hetekről/napokról** – a számok bekarikázásával jelezze választását. Ne hagyjon ki egy kérdést/állítást se! Akkor is jelöljön, ha az állítást nem érzi Önre vonatkozósnak!

1	0	Nem vagyok szomorú
	1	Szomorú, vagy nyomott vagyok.
	2	Mindig szomorú vagyok és nem tudok kikeveredni belőle.
	3	Annnyira szomorú és boldogtalan vagyok, hogy nem bírom tovább.
2	0	Nem félek különösebben a jövőt illetően.
	1	Félek a jövőtől.
	2	Úgy érzem, semmit sem várhatok a jövőtől.
	3	Úgy látom, hogy a jövő reménytelen és a helyzetem nem fog javulni.
3	0	Nem érzem, hogy kudarcot vallottam.
	1	Úgy érzem, több kudarc ér, mint másokat.
	2	Visszatekintve életemre, kudarcok sorozatát látom.
	3	Úgy érzem, mint ember teljesen kudarcot vallottam.
4	0	A dolgok ugyanolyan megelégedettséggel töltenek el mint másokor.
	1	A dolgokkal nem vagyok úgy megelégedve mint másokor.
	2	Valójában többé semmi nem okoz elégedettséget nekem.
	3	Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok.
5	0	Nem hibáztatom különösebben magam.
	1	Gyakran hibáztatom magam.
	2	Majdnem mindig hibáztatom magam valami miatt.
	3	Állandóan hibáztatom magam.
6	0	Nem érzem magam különösebben hibásnak.
	1	Úgy érzem, lehet, hogy rászolgáltam valami büntetésre.
	2	Úgy érzem, hogy rászolgáltam a büntetésre.
	3	Azt akarom, hogy megbüntessenek.
7	0	Nem csalódtam magamban.
	1	Csalódtam magamban.
	2	Nem szeretem magam.
	3	Gyűlölöm magam.
8	0	Nem érzem, hogy rosszabb lennék, mint bárki más.
	1	Gyengeségeim és hibáim miatt erősen bírálom magam.
	2	Mindig vádoló magam
	3	Mindem rosszért, ami bekövetkezik, vádoló magam.
9	0	Eszembe sem jut, hogy magamnak ártsak, vagy magam ellen tegyek valamit.
	1	Van öngyilkossággal kapcsolatos gondolatom, de nem tudnám megtenni.
	2	Szeretném megölni magam.
	3	Megölném magam, ha tudnám.

10	0	Nem sírok többet, mint szoktam.
	1	Mostanában többet sírok, mint szoktam.
	2	Mostanában mindig sírok.
	3	Valaha tudtam sírni, most nem tudok, még akkor sem, ha akarnám.
11	0	Nem vagyok ingerlékenyebb, mint máskor.
	1	Könnyebben leszek ingerült, vagy haragos, mint korábban.
	2	Mostanában állandóan ingerült vagyok.
	3	Már nem izgatnak föl olyan dolgok, amik korábban ingerültté tettek.
12	0	Az emberek iránti érdeklődésem nem csökkent.
	1	Kevésbé érdekelnek az emberek most, mint azelőtt.
	2	Jelentősen csökkent mások iránti érdeklődésem.
	3	Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt.
13	0	Éppen olyan jól döntök, mint korábban.
	1	Mostanában elhalasztom döntéseimet.
	2	A korábbiakhoz képest igen nehezen döntök.
	3	Semmiben nem tudok dönteni többé.
14	0	Nem érzem, hogy rosszabbul néznék ki, mint máskor.
	1	Félek, hogy öregnek és csúnyának látszom.
	2	Úgy érzem, hogy hátrányomra változtam, és kevésbé vagyok vonzó.
	3	Azt hiszem, csúnya vagyok.
15	0	Éppen olyan jól tudok dolgozni, mint máskor.
	1	Külön erőfeszítésembe kerül, hogy valami munkába belefogjak.
	2	Nagy erőfeszítésre van szükségem ahhoz, hogy megcsináljak valamit is.
	3	Semmi munkát nem vagyok képes ellátni.
16	0	Ugyan olyan jól tudok aludni, mint általában.
	1	Nem alszom olyan jól, mint azelőtt.
	2	A szokottnál 2-3 órával korábban ébredek és nehezen tudok újra elaludni.
	3	Több órával korábban ébredek, mint szoktam és nem tudok újra elaludni.
17	0	Nem fáradok el jobban, mint azelőtt.
	1	Hamarabb elfáradok, mint azelőtt.
	2	Majdnem minden elfáraszt, amit csinálok.
	3	Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.
18	0	Az étvágyam nem rosszabb, mint az előtt.
	1	Az étvágyam nem olyan jó, mint azelőtt.
	2	Mostanában az étvágyam sokkal rosszabb.
	3	Egyáltalán nincs már étvágyam.
19	0	Semmiel sem vesztettem többet a súlyomból, mint máskor.
	1	Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 2 kg.
	2	Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 5 kg.
	3	Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 8 kg.
20	0	Nem foglalkozom többet egészségi állapotommal, mint azelőtt.
	1	Aggódok olyan testi-fizikai problémák miatt, mint fájdalmak, vagy
	2	Nagyon aggódok testi-fizikai panaszaim miatt és nehéz valami másra is
	3	Annnyira aggódok a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok
21	0	Nem vettem észre lényeges változást szexuális érdeklődésemben.
	1	A szokottnál kevésbé érdeklődöm a szex iránt.
	2	Mostanában jóval kevésbé érdeklődöm a szex iránt.
	3	Teljesen elvesztettem a szex iránti érdeklődésemet.

## 5. MELLÉKLET: Spielberger-féle Állapot és Vonásszorongás kérdőív

Figyelmesen olvassa el az állításokat és karikázza be a megfelelő számot attól függően, hogy ebben a pillanatban **ÉPPEN MOST HOGYAN ÉRZI MAGÁT**.

Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok. Ne gondolkozzon túl sokat, hanem a jelenlegi érzéseit a legjobban kifejező választ jelölje meg.

		Egyáltalán nem	Valamennyire	Meglehetősen	Nagyo
1.	Nyugodtnak érzem magam.	1	2	3	4
2.	Biztonságban érzem magam.	1	2	3	4
3	Feszültnek érzem magam.	1	2	3	4
4	Valami bánt.	1	2	3	4
5.	Gondtalannak érzem magam.	1	2	3	4
6	Zaklatott vagyok.	1	2	3	4
7	Aggódok, hogy bajba keveredem.	1	2	3	4
8.	Kipihentnek érzem magam.	1	2	3	4
9	Szorongok.	1	2	3	4
10.	Kellemesen érzem magam.	1	2	3	4
11.	Elég önbizalmat érzek magamban.	1	2	3	4
12	Ideges vagyok.	1	2	3	4
13	Nyugtalannak érzem magam.	1	2	3	4
14	Fel vagyok húzva.	1	2	3	4
15.	Minden feszültségtől mentes vagyok.	1	2	3	4
16.	Elégedett vagyok.	1	2	3	4
17	Aggódok.	1	2	3	4
18	Túlzottan izgatott és feszült vagyok.	1	2	3	4
19.	Vidám vagyok.	1	2	3	4
20.	Jól érzem magam.	1	2	3	4



Néhány olyan megállapítást olvashat az alábbiakban, amelyekkel az emberek önmagukat szokták jellemezni. Figyelmesen olvassa el valamennyit és karikázza be a megfelelő számot attól függően, hogy **ÁLTALÁBAN HOGYAN ÉRZI MAGÁT**. Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok. Ne gondolkozzon túl sokat, hanem a jelenlegi érzéseit a legjobban kifejező választ jelölje meg.

		Egyáltalán nem	Vala- mennyire	Megle- hetősen	Nagyon
21.	Jól érzem magam.	1	2	3	4
22	Gyorsan elfáradok.	1	2	3	4
23	A sírás ellen küszködnöm kell.	1	2	3	4
24	A szerencse engem elkerül.	1	2	3	4
25	Sokszor hátrányos helyzetbe kerülök, mert nem tudom elég gyorsan elhatározni magam.	1	2	3	4
26.	Kipihentnek érzem magam.	1	2	3	4
27.	Nyugodt, megfontolt és tetterre kész vagyok.	1	2	3	4
28	Úgy érzem, hogy annyi megoldatlan problémám van, hogy nem tudok úrrá lenni rajtuk.	1	2	3	4
29	A semmiségeket is túlzottan a szívemre veszem.	1	2	3	4
30.	Boldog vagyok.	1	2	3	4
31	Hajlamos vagyok túlságosan komolyan venni a dolgokat.	1	2	3	4
32	Kevés az önbizalmam.	1	2	3	4
33.	Biztonságban érzem magam.	1	2	3	4
34	A kritikus helyzeteket szívesen elkerülöm.	1	2	3	4
35	Csüggedtnek érzem magam.	1	2	3	4
36.	Elégedett vagyok.	1	2	3	4
37	Lényegtelen dolgok is sokáig foglalkoztatnak és nem hagynak nyugodni.	1	2	3	4
38	A csalódások annyira megviselnek, hogy nem tudom a fejemből kiverni őket.	1	2	3	4
39.	Kiegyensúlyozott vagyok.	1	2	3	4
40	Feszült lelkiállapotba jutok és izgatott leszek, ha az utóbbi időszak gondjaira, bajaira gondolok.	1	2	3	4

## 6. Melléklet: Poszttraumatikus Növekedésérzés Kérdőív

Kérjük, gondoljon a transzplantációjára. Minden alábbi állítással kapcsolatban értékelje egy hatfokozatú skálán, hogy az adott változás milyen mértékben következett be a vesebetegsége folytán.

0 = Nem tapasztaltam ezt a változást az említett esemény következményeként.

1 = Nagyon kis mértékben tapasztaltam ezt a változást az említett esemény következményeként.

2 = Kismértékben tapasztaltam ezt a változást az említett esemény következményeként.

3 = Közepes mértékben tapasztaltam ezt a változást az említett esemény következményeként.

4 = Nagymértékben tapasztaltam ezt a változást az említett esemény következményeként.

5 = Nagyon nagy mértékben tapasztaltam ezt a változást az említett esemény következményeként.

1.	Ez az esemény megváltoztatta a véleményemet arról, hogy mi fontos igazán az életben.	0	1	2	3	4	5
2.	Jobban értékelem a saját életemet.	0	1	2	3	4	5
3.	Új dolgok iránt kezdtem érdeklődni.	0	1	2	3	4	5
4.	Jobban bízom önmagamban.	0	1	2	3	4	5
5.	Jobban megértem a spirituális dolgokat.	0	1	2	3	4	5
6.	Tisztábban látom, hogy támaszkodhatok másokra nehéz időkben.	0	1	2	3	4	5
7.	Új irányt szabtam az életemnek.	0	1	2	3	4	5
8.	Közelebb érzem magam másokhoz.	0	1	2	3	4	5
9.	Inkább kifejezem az érzéseimet, mint korábban.	0	1	2	3	4	5
10.	Biztosabb vagyok benne, hogy képes vagyok kezelni a nehézségeket.	0	1	2	3	4	5
11.	Jobb dolgokra vagyok képes az életemben.	0	1	2	3	4	5
12.	Jobban el tudom fogadni a dolgok alakulását.	0	1	2	3	4	5
13.	Jobban értékelek minden egyes napot.	0	1	2	3	4	5
14.	Új lehetőségek nyíltak meg előttem, amelyekkel különben nem találkoztam volna.	0	1	2	3	4	5
15.	Jobban együtt érzek másokkal.	0	1	2	3	4	5
16.	Több erőfeszítést teszek a kapcsolataimért.	0	1	2	3	4	5
17.	Sokkal inkább törekszem, hogy megváltoztassam azokat a dolgokat, amelyek változásra szorulnak.	0	1	2	3	4	5
18.	Megerősödött a vallásos hitem.	0	1	2	3	4	5
19.	Rájöttem, hogy erősebb vagyok, mint gondoltam.	0	1	2	3	4	5
20.	Rájöttem, hogy milyen nagyszerűek az emberek.	0	1	2	3	4	5
21.	Jobban elfogadom, hogy szükségem van másokra.	0	1	2	3	4	5

## 7. Melléklet: Transzplantált Szerv Kérdőív

***A kérdőív segítségével szeretnénk felmérni, hogy milyen érzése és gondolatai vannak a transzplantációval kapcsolatban. Milyen gyakran jelentkeznek Önnél a következő érzések és gondolatok? Kérjük, válaszoljon a megfelelő állítás aláhúzásával.***

---

1. Azon kapom magam, hogy a transzplantált szervemre gondolkodom.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan
2. Azon kapom magam, hogy arra a személyre gondolkodom, aki a szervet adta.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan
3. Arra gondolkodom, hogyan mentette meg a transzplantált szerv az életemet.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan
4. Azon gondolkodom, hogy az életem nehezebb lett a transzplantáció óta.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan
5. Arra gondolkodom, hogy nem kellett volna beleegyeznem a transzplantációba.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan
6. Arra gondolkodom, hogy szabadabb vagyok, mint a transzplantáció előtt.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan
7. Úgy érzem, a transzplantált szervem nem igazán tartozik hozzám.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan
8. Arra gondolkodom, hogy a transzplantált szervem idegen a számomra.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan
9. Arra gondolkodom, hogy a transzplantált szervem korlátoz vagy akadályoz.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan
10. Arra gondolkodom, hogy tökéletesen tudnám végezni a dolgom a transzplantáció nélkül.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan
11. Azon kapom magam, hogy érzéseim vannak azzal a személlyel kapcsolatban, aki a szervet adományozta.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan
12. Arra gondolkodom, az életemmel tartozom annak a személynek, aki a szervet adományozta.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan

- 13.** Arra gondolok, adósságom van azzal a személlyel szemben, aki a szervet adományozta.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan
- 14.** Arra gondolok, hogy mikén ment keresztül a donor.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan
- 15.** Azon kapom magam, hogy felelősséget érzek azért, amin a donor keresztülment.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan
- 16.** Azon gondolkodom, most már hasonlítok arra a személyre, aki a szervet adományozta.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan
- 17.** *A következő kérdésre akkor válaszoljon, ha élődonoros transzplantáción esett át.*  
Azon kapom magam, hogy azt szeretném képes legyek ugyanezt megtenni, azért a személyért, aki a szervet adományozta.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan
- 18.** Arra gondolok, hogy a transzplantált szerv az egyik legfőbb szövetségesem az életben.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan
- 19.** Arra gondolok, hogy az életem jobb lett a transzplantáció óta.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan
- 20.** Azon kapom maga, hogy neheztelek arra a személyre, aki a szervet adományozta.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan
- 21.** Azon kapom magam, hogy egyfajta közelséget érzek a transzplantált szervemmel.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan
- 22.** Azon kapom magam, hogy érzéseim vannak a transzplantált szerv felé.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan
- 23.** Azon kapom magam, hogy neheztelek a transzplantált szervre.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan
- 24.** Felelősséget érzek a transzplantált szervemért.  
Soha / Ritkán / Néha / Gyakran / Nagyon gyakran / Állandóan

## 8. Melléklet: Szociodemográfiai adatok

**Lakhely:**  főváros  város  falu

**Végzettség:**  kevesebb, mint 8 általános  8 általános  szakmunkásképző  
 szakközépiskolai érettségi  gimnáziumi érettségi  főiskolai diploma  
 egyetemi diploma  egyéb:.....

**Foglalkozása** (ha nyugdíjas, akkor a nyugdíjat megelőző foglalkozás): .....

**Ön jelenleg:**  aktív dolgozó  betegállományban van  rokkantnyugdíjas  
 munkanélküli  nyugdíjas  egyéb:.....

**Családi állapota:**  egyedülálló

- párkapcsolatban él Mióta van párkapcsolata?.....év
- házas, és házastársával együtt él Mióta házas?.....év
- házas, de házastársával nem él együtt Mióta házas?.....év
- elvált
- özvegy
- egyéb:.....

**Gyermekei száma:**..... **életkoruk:**.....

**Ön dohányzik-e?**  igen Naponta mennyit?.....  
 alkalmanként  
 nem, már leszoktam Korábban mennyit fogyasztott? .....

soha nem próbáltam

egyéb:.....

**Végez-e rendszeres testmozgást?**  nem  
 igen Mit és hetente hány alkalommal?.....