

# 20

## Psychologiczne aspekty procesu przeszczepienia twarzy

---

MARTA NOWAK-KULPA

*By leczyć ciało ludzkie, konieczna jest wiedza o całości zjawisk.*

Hipokrates

Każde doświadczenie choroby jest destabilizujące dla człowieka. Zmianom ulegają dotychczasowe plany, relacje z otoczeniem, role społeczne, stosunek do własnego ciała i jego możliwości. Kiedy choroba zmienia także wygląd zewnętrzny, szczególnie silnie wpływa to na jakość życia chorego i jego samoocenę. Kiedy zmianie ulega twarz, pacjent potrzebuje dodatkowo czasu, by na nowo zdefiniować swoją tożsamość, która budowała się przez całe dotychczasowe życie. Przeszczepienie twarzy jest procesem, w którym chory ma szansę na dalsze życie. Jest też doświadczeniem, po którym życie na pewno się zmieni. W tym, czy człowiek przyjmie tę zmianę jako rozwojową czy jako obciążającą, pomocne będzie – obok wsparcia najbliższych – wsparcie psychologiczne.

### Standardy

Operacje umożliwiające dokonanie przeszczepienia twarzy są tak nowatorskim przedsięwzięciem, obejmującym tak niewielu pacjentów, że standardy opieki psychologicznej nadal są rozwijane. Z całą pewnością, poza koniecznością zawsze zindywidualizowanego podejścia do pacjenta, są one osadzone w kontekście kulturowym kraju zamieszkania chorego. Zależnie od miejsca rozwoju człowieka, inne znaczenie mają określenia „stracić twarz”, „zachować twarz”, „upaść na twarz”, „wyjść z twarzą”. W różnych rejonach świata odmienny jest też stosunek do wyglądu zewnętrznego. W Polsce pacjenci uczestniczący w tych zabiegach podczas pobytu w szpitalu objęci byli opieką psychologiczną bazującą

na psychoterapii ericksonowskiej. Z powodu głównych założeń tego nurtu psychoterapii (koncentracji na przyszłości, wykorzystywaniu wszelkich dostępnych zasobów do wspierania zdrowienia oraz budowaniu kontaktu z ciałem dla efektywniejszego funkcjonowania człowieka) z powodzeniem można ją stosować na każdym etapie leczenia, zarówno w krótkoterminowych interwencjach, jak i dłuższej terapii. W związku z tym, że skutki procesu przeszczepiania twarzy rozciągają się na długi czas po opuszczeniu szpitala, zasadne jest pozostanie w kontakcie psychoterapeutycznym w okresie adaptacji do zmian z psychoterapeutą o wybranej przez pacjenta modalności terapeutycznej.

### Obszar pracy psychologicznej

Na psychologiczne aspekty procesu przeszczepienia twarzy składają się procesy zachodzące w pacjencie, rodzinie dawcy przeszczepu oraz całym personelu uczestniczącym w tym długotrwałym i trudnym przedsięwzięciu. Dla zapewnienia kompleksowego leczenia i pełniejszego rozumienia mechanizmów zachowania i funkcjonowania chorego optymalne jest, gdy psycholog współtworzący zespół rekonstrukcyjny jest także psychoterapeutą.

Psycholog uczestniczy w każdym z etapów zadania, do którego przygotowują się wszyscy członkowie zespołu i sam pacjent. Na każdym z etapów diagnozy, leczenia i rekonwalescencji po operacji ma on specyficzne zadania i cele. Charakter całej procedury zakłada, że w zakresie jego obowiązków jest zarówno opieka nad pacjentem (i jego rodziną, jeśli zachodzi taka potrzeba), jak i każda forma pomocy psychologicznej personelowi. Gotowość do ewentualnej interwencji psychologicznej wynika ze świadomości skutków przewlekłego stresu, jakiemu poddane są uczestniczące w całym procesie osoby oraz z konieczności przeciwdziałania tym skutkom.

W pracy psychoterapeutycznej z pacjentami w procesie przeszczepienia twarzy panuje podobna zasada jak w pracy ze snem.

Kiedy człowiek skarży się na zaburzenia snu, terapeuta w pierwszej kolejności interesuje się fizjologią i zaczyna od zbadania higieny snu – jak pacjent śpi, czy się wysypia, o której się kładzie spać i w jaki sposób się budzi. Sprawdza, na ile sen spełnia najważniejszą dla organizmu funkcję regeneracyjną. W przebiegu snu faza pierwsza NREM odpowiada za wyrównanie funkcji ciała, rozluźnienie mięśni, spadek ciśnienia krwi, uwalnianie hormonu wzrostu (co wpływa na gojenie) i jest niezbędna do tego, by pojawiła się faza REM. W tej drugiej fazie rozluźnienie mięśni jest jeszcze większe i mogą pojawić się marzenia senne. Dopiero po spełnieniu wielu fizycznych warunków można dojść do momentu, w którym możliwe jest zajęcie się psychologiczną stroną snienia.

Kiedy pacjent przygotowujący się do operacji chirurgicznej, której wynikiem będzie zmiana jego wyglądu, ustala priorytety, to na pierwszym miejscu jest dobre funkcjonowanie ciała – chęć życia i bycia zdrowym. Po jego realizacji pojawia się potrzeba poprawy komfortu życia i lepszego funkcjonowania. Gdzieś w odleglejszej perspektywie (inaczej niż u pacjentów korzystających z chirurgii plastycznej) jest potrzeba satysfakcjonującego wyglądu. A jeszcze dalej jest miejsce na rozważania egzystencjalne dotyczące nowej twarzy i poczucia tożsamości oraz pytania: kim jestem? Tak samo jak dla śniącego ważne jest cykliczne powtórzenie wszystkich faz snu, tych niezbędnych dla ciała i angażujących psychikę, tak dla pacjenta podczas długotrwałego i wieloetapowego leczenia ważne jest doświadczanie zdrowienia we wszystkich wymiarach. Pomijanie któregoś z nich grozi destabilizacją funkcjonowania i mimo udanych elementów leczenia ciała, pacjent nie potrafi wyzdrowieć. Obecność psychoterapeuty w zespole rekonstrukcyjnym pomaga przeciwdziałać tej nierównowadze i wspierać powrót homeostazy.

## Faza diagnozy

Pierwszy kontakt z pacjentem jest początkiem diagnozy psychologicznej, która ma ocenić zdolność chorego do świadomego wyrażenia woli oraz jego umiejętność poradzenia sobie ze stresem (etapy kwalifikacji psychologicznej omówiono szczegółowo w rozdziale 11: „Kwalifikacja i przygotowanie biorców”). Jeśli diagnozujący psycholog jest jednocześnie psychoterapeutą, to w tym czasie jest szansa na zawiązanie się relacji terapeutycznej, która będzie wykorzystywana w dalszych etapach leczenia. To, w jakim stopniu zostanie zbudowane porozumienie między chorym i terapeutą, przełoży się na możliwość udzielenia pacjentowi skutecznej pomocy. W czasie budowania relacji terapeutycznej określane są potrzeby pacjenta i obszar współpracy z psychoterapeutą.

## Faza przygotowania przedoperacyjnego

W czasie przygotowania do operacji oraz jej skutków opieka psychologiczna jest jeszcze bardziej zindywidualizowana i dopasowana do potrzeb pacjenta. W związku z licznymi ograniczeniami w porozumiewaniu się tuż po operacji wypracowywane są sposoby komunikacji niewerbalnej.

Czasami chory potrzebuje podzielić się swoimi obawami czy wątpliwościami i jeszcze raz przyjrzeć się motywacji do zmiany z kimś spoza rodziny, kto w rozmowie pozwoli lepiej zrozumieć siebie, a przy tym nie będzie sugerować żadnego rozwiązania jako bardziej korzystnego. Czasami pojawia się potrzeba bezpiecznej rozmowy o tym, co się stanie, jeśli

się nie uda. Bliscy, chcąc wspierać chorego, unikają rozmowy o porażkach. Pacjenci często słyszą „Musisz myśleć optymistycznie!”, „Będzie dobrze!”, „Wszystko się uda!”. Mimo że chorzy sami tak myślą, bo inaczej nie zdecydowaliby się na zabieg, to potrzebują też skonfrontować się z tym, że tak naprawdę nie wiadomo co będzie. To, że wszyscy chcą, żeby było dobrze, to za mało, żeby mieć pewność, że wszystko uda się tak jak zaplanowano. Ten obszar braku wpływu na to, co będzie, łączy się z lękiem. Umiejętność rozpoznania go w sobie jest początkiem radzenia sobie z jego skutkami. Jeśli wypiera się swoje obawy, nie dając sobie prawa do wątpliwości, to odbiera się sobie możliwość wpływania na nie. To z kolei potęguje lęk, o którym nikomu nie można powiedzieć, nawet samemu sobie.

Im większa równowaga i spójność w przeżywaniu, tym lepsza homeostaza organizmu, która z kolei stwarza lepsze warunki do uporania się ciała ze skutkami stresu, jakim jest operacja.

### W trakcie operacji

Kiedy pacjent otrzymuje informację, że przeszczep może się odbyć, po okresie wyczekiwania sprawy przybierają szybki obrót. Jak najszybciej dociera na oddział i po niezbędnych przygotowaniach następuje długa i skomplikowana operacja. W tym czasie psycholog, będący w kontakcie z operatorami, jest wsparciem dla najbliższych chorego. Stopień, w jakim oni poradzą sobie ze swoim niepokojem, będzie się przekładał na to, w jakim zakresie będą pomocni w odzyskiwaniu równowagi i powrocie do zdrowia pacjenta. Znowu trzeba poradzić sobie z niepokojem w trakcie oczekiwania na skutki operacji.

Oczywista jest rola psychoterapeuty w przypadku, gdy operacja się nie powiedzie. Opieką zostaje wówczas objęta zarówno rodzina pacjenta, jak i personel medyczny – w zakresie, w jakim potrzebuje.

Gdy operacja przebiegnie pomyślnie, trzeba monitorować skutki przewlekłego stresu, którego doświadczyli wszyscy uczestnicy.

### Wczesna faza pooperacyjna

Istotnym wyznacznikiem zdrowia pacjenta jest jego radzenie sobie ze stresem. Stres rozumiany jako konieczność adaptacji do nowych warunków towarzyszy całemu przebiegowi leczenia. To, na ile elastycznie chory będzie się przystosowywał do zmian, będzie miało odbicie w jego funkcjonowaniu. Krótkotrwale doświadczany stres mobilizuje organizm do działania. W pierwszej fazie doświadczania stresu uwalniane przez organizm

adrenalina i kortyzol zwiększają jego potencjał do znoszenia dużego wysiłku, jednocześnie angażując do jego realizacji zasoby energetyczne. Na tym etapie przyspieszenie akcji serca oraz wzrost ciśnienia krwi współtowarzyszą mobilizacji układu odpornościowego. Podczas długotrwałego obciążenia stresem (niezależnie od jego źródła, fizycznym lub psychicznym), kiedy dochodzi do wyeksploatowania zasobów energetycznych, organizm się wyczerpuje. Pojawia się uczucie zmęczenia jako informacja o potrzebie odpoczynku i umożliwieniu uzupełnienia zużytych rezerw energii. Jeżeli ta potrzeba jest długotrwale ignorowana (bądź niemożliwa do zaspokojenia), istotnie obniża się skuteczność układu odpornościowego i wzrasta ryzyko zawału mięśnia sercowego, udaru oraz podatność na infekcje. Wyczerpany organizm trudniej i wolniej się goi oraz jest bardziej podatny na wystąpienie powikłań.

## Majaczenie pooperacyjne

Największym zagrożeniem w czasie tuż po operacji jest ryzyko majaczenia. Jest to częste powikłanie pooperacyjne, którego prawdopodobieństwo wzrasta u pacjentów starszych, ze współistniejącymi chorobami obciążającymi serce oraz w przypadku długotrwałych operacji. Majaczenie jest reakcją organizmu na zaburzenie homeostazy i może przybierać różne formy – z nadmiernym pobudzeniem lub nadmiernym spowolnieniem psychoruchowym. Pacjent w trakcie majaczenia doznaje zaburzeń procesów poznawczych, może doświadczać iluzji, nadmiernych emocji, poczucia dezorientacji. Taki stan budzi duży niepokój zarówno u chorego, jak i u jego najbliższych. Choć stan ten nie jest wynikiem choroby psychicznej, a odpowiedzią organizmu na zaburzenie funkcjonowania organizmu, to obok wyrównywania poziomu elektrolitów i leczenia farmakologicznego istotną rolę w powrocie do stanu równowagi jest pomoc psychologiczna. Choremu łatwiej wrócić do zdrowia po epizodzie majaczenia, kiedy ma kontakt z osobami dającymi mu poczucie bezpieczeństwa i stanowiącymi punkt odniesienia do rzeczywistości. Informowanie chorego o tym, gdzie jest, jaka jest pora, co się z nim dzieje i co jest planowane, pozwala wracać do równowagi. Również wszelkie wyuczone sposoby osiągania spokoju (przez wyciszenie pobudzenia układu nerwowego) przyspieszają proces homeostazy. Techniki relaksacji, które pacjent może poznać w kontakcie z psychoterapeutą, są narzędziem pomocnym na wszystkich etapach leczenia.

## Psychologia bólu

W chorobie silną komponentę psychologiczną ma doświadczanie bólu. Długotrwały ból – związany z chorobą bądź uszkodzeniem ciała – może przejść w cierpienie,

które jest doznaniem psychicznym. Oddzielenie bólu od cierpienia w doświadczaniu ich przez pacjenta znacznie pomaga wzmacniać poczucie kontroli, a przez to zmianę intensywności ich odczuwania. Pacjent, poza możliwością skorzystania z farmakologicznych środków przeciwbólowych, uzyskuje własny sposób wpływania na przeżywanie swojego ciała i poprawę samopoczucia. Jest to doświadczenie, które bardzo wzmacnia i dysocjując od bólu, asocjuje z zasobami ciała, wspierając proces zdrowienia. Eliminacja bólu poprawia obszar współpracy z chorym. Przeżywając ból, człowiek jest skupiony głównie na nim i trudno mu znaleźć siłę do zwiększania swojej aktywności. Szybki powrót chorego do samodzielnego funkcjonowania jest terapeutyczny pod każdym względem i wszystko, co choremu w tym pomaga, służy poprawie jego stanu.

Bardzo skutecznymi metodami redukcji odczuwania bólu są techniki zawężające uwagę. Stan zawężonej uwagi (transu) jest naturalnym stanem, przeżywanym przez każdego wielokrotnie w trakcie dnia (głównie podczas monotonnych czynności, takich jak branie prysznic czy długotrwała jazda samochodem), której doświadcza się jako „zamyślenie/zagapienie”. Stan ten występuje spontanicznie, jednak można się nauczyć wywoływać go celowo, ilekroć potrzebne jest rozluźnienie czy ograniczenie pobudzenia układu nerwowego nadmiarem obciążających bodźców. Chory, ucząc się autohipnozy, uczy się odwracać uwagę od nieprzyjemnych doświadczeń i przez to nie wzmacniać ich koncentracją na nich. W zamian jest bliżej doświadczeń z tych obszarów ciała, które dają mu oparcie i procesów, na które ma wpływ, np. na sposób oddychania. Łatwiej w takim stanie przeformułować czas pobytu w szpitalu – z bardzo bolesnego doświadczenia na takie, które jest trudne, ale sukcesywnie zbliża do zdrowia. Łatwiej jest utrzymać nadzieję na dobre zakończenie i łatwiej do niego dążyć.

## Terapia lęku

Techniki zmniejszające pobudzenie układu nerwowego są przydatne także w terapii lęku, którego uporczywe przeżywanie również znacznie utrudnia proces zdrowienia. Niepokój związany z hospitalizacją jest adekwatną reakcją na stan zagrożenia. Interwencji terapeutycznej wymaga sytuacja, gdy skutki tego niepokoju znacznie wpływają na funkcjonowanie pacjenta – nie pozwalają skutecznie spać i wypocząć, wywołują natrętne myśli, wzmagają niepokój psychoruchowy. Czynności przeciwdziałające pojawieniu się reakcji lękowych zmniejszają ryzyko odległych skutków ich przeżywania. Jednym ze źródeł lęku jest niepewność. Im więcej pacjent będzie wiedział (zgodnie ze swoim życzeniem i gotowością) na temat swojego stanu, planowanych działań, przewidywanych skutków zastosowanych terapii, tym mniejsze pole do lękotwórczych interpretacji rzeczywistości.

## W czasie gojenia się i rekonstrukcji funkcji

Na dalszym etapie leczenia, kiedy rany się goją i organizm na nowo uczy się funkcjonować, psycholog w porozumieniu z członkami zespołu rehabilitacyjnego (fizjoterapeutami, neurologopediami) podąża za tymi potrzebami pacjenta, które pomogą mu zdefiniować nową „normalność”. Pacjent uczy się współpracować z ciałem mimo ograniczeń i uczy się czekać, w optymalnym stanie psychicznym, na efekty tej współpracy. Chory przygotowuje się do opuszczenia oddziału i powrotu do życia poza szpitalem oraz do sprostania zmianom i otwierania się na nowe doświadczenia.

Opuszcza szpital po długiej izolacji. Jeśli dobrze ją zniósł i wykorzystał dobrze ten czas na pogłębienie kontaktu z samym sobą, to łatwiej przyjdzie mu odnaleźć się z nową twarzą w dawnym świecie.

## Przyszłość

Milton Erickson, prekursor terapii ericksonowskiej, mawiał, że najciekawszy jest ten czas, który mamy przed sobą. Nie wiadomo, co będzie dalej, jednak to teraz tworzymy przyszłość. Teraz też mamy na nią wpływ.

Psychologiczne konsekwencje przeszczepienia twarzy poznać będzie można dopiero za wiele lat. Już dziś wiadomo, że będą one m.in. odpowiedzią na to, na ile pacjenci stanęli z tym wyzwaniem twarzą w twarz.