опасяваме.След което задава въпроси от типа: „ Кои мисли и начини на действия в ситуацията могат
предизвикат позитивен обрат? Какво бихте могли още да направите? Кои са алтернативите,
отворени за Вас? Отговорите на тези въпроси,според Leahy, води до модификация на
откриване на поведенчески алтернативи.[2]

Механизмите за сравнения с другите са източник на удовлетвореност,
неудовлетвореност. Сравнението с еталони,които имат високи постижения и социално
от причините за депримираност и негативни оценки. Според Leahy голяма част от
произтичат от факта, че някой хора използват като мащаб за сравнения крайни модели
или...или“. Например: Или аз съм успешен (хубав, богат и интересен) или съм просто един
Сравнението става само в екстремните полюси и отключва негативни чувства и мисли,
правим не е достатъчно добро. Перфекционизмът и сравнението с полюсни модели
преодолее, ако на пациента се предложи скала или спектър за оценяване от 0 до 100 , а не само
при оценка на постижения, успехи, способности. Ролята на терапевта при тази техника е
пациента понятието нормална крива на разпределението и да го накара да разбере, че
да става с хората, които са разпределени в различни участъци на кривата, а не само
полюси.“Ние често се сравняваме с хора, които според нас са разположени най-горе и един
ли опитали да сравните собственото си постижение или качество, с тези които го притежават
а с тези, които го проявяват 50%, 75%“ Подобно интервениране по Leahy води до
мащаба за сравнение. Опасността при тази техника е, че хората ориентирани към
загубват мотивацията си, когато трябва да се сравняват под и със златната среда.

Ето защо в когнитивната практика на Leahy е включена и още една техника „
критериите“ Прилагането и е продиктувано от факта, че често пъти преценките се
единствен фактор или критерии, а останалите потенциални фактори за оценка остават
преценка. Ако се критикуваме прекалено, ние фиксираме върху негативното и губим
за нашето поведение, качества или възможност.Един интересен пример от практиката
пациент, който счита, че по време на важен разговор е бил резервиран и се е държал
време на преговорите, които са траели деведесет минути, той е взел думата само два пъти.
терапевта, кои са компетенциите, които според него трябва да бъдат оценявани при
той изброява следните: информираността по темата на дебата, адекватното
разговора, способността да предаваш информацията, способността да
допринасяш за достигането на консенсус по дискутираната тема. Когато терапевт
пациента, дали по негово мнение той проявява изброените компетенции по време на
отговаря убедително. Фиксирането само върху един критерии при преценката
диверсификация на компетенциите го кара да се чувства неуспешен в дебатите.
техника е, че някой хора виждат само негативното и не оценяват позитивното,
позитивното е естествено и изобщо не е необходимо да бъде споменавано. Научаването
и изведем позитивното, изисква широк анализ на ситуацията. Преценката
участие в нея трябва да става на основата на поредица от критерии, а не
тях.[2]

Когнитивната терапия има за цел решаването на проблемите на пациенти
симптоматичната поведение и неговата промяна.[3] Терапевтът постига
пациента в акта на осъзнаване, анализиране и промяна на когнициите, които
начин на реагиране и поведение.

Литература:

1. Брайс Ейвъри,2000; Принципи на психотерапията. Лаков прес.
2. Robert L. Leahy.2007.Techniken kognitiver Therapie.Junfermann Verlag. Paderborn.
3. Zimbardo& Gerrig.1999. Psylogie.Springer Verlag.

Светломира Аврамова Ковачева, д-р, Катедра „Педагогика, психология и социални
ПУ „П. Хилендарски“, svetla-kov@sunrise.ch

ЗА РОЛЯТА НА ПСИХОЛОГИЧЕСКАТА И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА РАБОТА ПРИ ПАЦИЕНТИ С ТРАНСПЛАНТАЦИЯ НА ОРГАН. КЛИНИЧЕН ОПИТ И НАБЛЮДЕНИЕ

РУМЯНА КРУМОВА-ПЕШЕВА
ЛЮБОМИР СПАСОВ, ВИОЛЕТА МИХАЙЛОВА
Университетска болница „Лозенец”, София

Резюме: *Трансплантацията на орган е едно от най-тежките психотравматични събития в живота на човека. Тя носи огромна възможност, но и редица рискове за пациента. Болните и техните семейства преживяват през трудни моменти, излагащи на голямо изпитание психическото им функциониране. Резултатите от проведената в периода 2004-2011г. работа с пациентите показват важността на психологическата оценка и мониторинг във всички етапи на медицинската процедура по присаждането на орган. Психологическото консултиране е необходимо условие за дългосрочния успех на трансплантацията. То помага да се идентифицират и намалят рисковете. Чрез него могат да се редуцират тревожността и депресията, да се мобилизират психичните ресурси на болния и той да се подпомогне в постигането на емоционално равновесие. Изграден е МОДЕЛ на работа, в който основните НАСОКИ на психологическите и психотерапевтични интервенции са: към ПАЦИЕНТА в предтрансплантационния и в следтрансплантационния период. към СЕМЕЙСТВОТО на пациента. към ПЕРСОНАЛА на болничната институция. Разглежда се въпросът за взаимоотношенията между пациента и болничната институция. Разглежда се явленията на преносните и контрапреносни движения в тази взаимовръзка. Посочват се функциите и целите на психологическата работа в цялостната процедура по трансплантацията на орган.*

Abstract: *Organ transplantation is a psychologically traumatic experience. It is a 'matter of life or death' – it gives a chance to live but also poses great risks. The patients and their families live through difficult moments and psychological balance is severely strained. Our therapeutic work with organ-transplantation patients between 2004-2011 underscores the importance of proper psychological assessment and monitoring in all stages of the treatment procedure. Psychological consulting is important in long term because it helps to identify and decrease the risks for the patient. Based on this we propose a model of psychotherapeutic work with organ transplantation patients that includes three components: working with the PATIENT in the pre- and after transplantation period working with the family of the patient; working with personnel in the hospital institution. The paper also addresses the relationship between the patient and the hospital institution, as well as the transference / counter-transference that occurs in this relationship.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Трансплантацията на орган е едно от най-тежките психотравматични събития в живота на човека. Тя носи огромна възможност и редица рискове за пациента. Болните и техните семейства преживяват през трудни моменти, излагащи на голямо изпитание психическото им функциониране. Травматичните ситуации провокират огромна тревожност и напрежение, които психичният апарат не може да „преработи”. В своите възгледи за тревожността, Зигмунд Фройд свързва травматичната ситуация с първородната травма. Според него раждането е прототип на всички бъдещи психотравматични моменти. Психичният апарат е преизпълнен с възбуди, които не може да овладее, както и да се справи с тях. Психиката има способността да „произвежда” тревожност във ситуации, съдържаща заплаха за човека – външна и вътрешна. Това е сигнална тревожност, която се автоматично, за да ни „предупреди”, че е възможно да се случи травма. За пациентите, подложени на трансплантация на орган, сигналната тревожност е непрекъснато “включена”.

Резултатите от проведената през последните шест години работа с пациентите показват важността на психологическата оценка и мониторинг във всички етапи на медицинската процедура по присаждането на орган. Психологическото консултиране е необходимо условие за дългосрочния успех на трансплантацията. То е начин да се идентифицират и намалят рисковете. Чрез него могат да се редуцират тревожността и депресията, да се мобилизират психичните ресурси на болния и той да се подпомогне в постигането на емоционално равновесие.

ЦЕЛ

Настоящият материал има за цел да представи ролята и значението на психологическата и психотерапевтична работа при пациенти с черепномозъчна и бъбречна трансплантация, осъществени в