

Z SERCEM DLA UMYSŁU

O tym, jakie znaczenie dla chorych na serce ma psychoedukacja, mówią **mgr Anna Mierzyńska i mgr Karolina Jurczak** z Instytutu Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Aninie.

ACADEMIA: Na czym polega wsparcie psychologiczne pacjentów kardiologicznych? Czy przebiega według określonych schematów, czy też każdy pacjent traktowany jest indywidualnie?

ANNA MIERZYŃSKA: Wsparcie psychologiczne w rehabilitacji kardiologicznej jest dopasowane do potrzeb i problemów konkretnego pacjenta. Niektóre działania są jednak wspólne dla wszystkich chorych i składają się one na tzw. wtórną prewencję chorób układu krążenia. W skrócie jest to psychoedukacja dotycząca czynników ryzyka związanych ze stylem życia, rozpoznawania w sobie napięcia emocjonalnego, walki ze stresem, treningów relaksacyjnych oraz rozwiązywania bieżących problemów związanych z motywacją do leczenia i osiągnięciem celów spójnych z celami leczenia kardiologicznego.

Bardziej intensywne działania związane z poradnictwem psychologicznym i z innymi formami interwencji psychologicznych kierujemy do osób, które wykazują problemy adaptacyjne, czyli mają trudności z przystosowaniem się do nowej sytuacji życiowej. Pacjenci ci wykazują objawy podwyższonego napięcia, stresu, lęku związane ze zmianą, jaką w ich życiu było rozpoznanie i rozpoczęcie leczenia przewlekłej choroby kardiologicznej. Nie ma tu zresztą znaczenia, czy zaburzenia psychiczne występowały u tych osób wcześniej, czy też pojawiły się dopiero na skutek interwencji kardiologicznej.

Na czym polega psychoedukacja i jak przebiega?

A.M.: Kardiologia to dziedzina medycyny, która ma wiele wspólnego ze stylem życia. Sposoby radzenia sobie z codziennymi wyzwaniami i napięciem, brak równowagi między różnymi sferami życia, np. pracą a życiem osobistym czy między wysiłkiem i wypoczynkiem mogą być czynnikami ryzyka schorzeń kardiologicznych. Z drugiej strony – sprawdzone efektywne strategie radzenia sobie z dotychczasowy-

mi trudnościami mogą też być zasobem pomocnym w odzyskiwaniu zdrowia. W procesie psychoedukacji dostarczamy pacjentom narzędzi umożliwiających zmianę stylu życia i przystosowanie się do zaleceń związanych z chorobą.

Jest to też sposób na odzyskanie kontroli. Choroba często wywołuje poczucie bezsilności wywołane tym, co się dzieje z ciałem. Problem może też stanowić wybrana forma leczenia, np. kardiowerter-defibrylator, który przejmuje kontrolę nad rytmem serca. Naszym zdaniem, jako psychologów, jest pomoc w oswojeniu się ze zmianą, zrozumieniu korzyści i przystosowaniu się do tej nowej sytuacji.

Edukacja pacjentów to temat powszechny w medycynie, nie tylko w kardiologii. Jednak przekonanie pacjenta, żeby na serio traktował zalecenia lekarzy i zrozumiał ograniczenia, jakie nakłada na niego choroba, wydaje się problemem.

A.M.: Poruszył pan dwa równoległe tematy. Istnieje coś takiego jak funkcjonalna wiedza zdrowotna, czyli umiejętność pozyskiwania i analizowania informacji dotyczących stanu zdrowia, leczenia i skutków ubocznych. Przekazanie tej wiedzy pacjentom tak, aby była zrozumiała, ale jednocześnie rzetelna, to spore wyzwanie. O ile spodziewamy się, że osoby słabo wykształcone mogą mieć problemy ze zrozumieniem skomplikowanych informacji medycznych, okazuje się, że czasami także ludziom z wyższym wykształceniem trudno przyswoić wiedzę związaną z procesem ich leczenia. Odrębnym zagadnieniem jest kwestia autonomii pacjentów oraz właściwe rozpoznanie ich priorytetów życiowych, które pozwoli na nawiązanie z nimi porozumienia. Ważne jest połączenie celów leczenia – priorytetowych z punktu widzenia nas, lekarzy, i terapeutów – z celami osoby, której pomagamy. Taka współpraca to długotrwały proces.



JAKUB OSTAŁOWSKI

Mgr Karolina Jurczak

jest psychologiem i psychoonkologiem. Ukończyła psychologię w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej oraz studia podyplomowe z psychoonkologii na Uniwersytecie SWPS. Interesuje się psychologią zdrowia, medycyną, psychoterapią.

txt.Biogram_email

Mgr Anna Mierzyńska

jest kierownikiem Pracowni Psychologii Klinicznej IK. Ukończyła studia magisterskie na Wydziale Psychologii UW w 2005 r., tytuł specjalisty psychologii klinicznej uzyskała w 2014 r. Główne obszary jej zainteresowań zawodowych to psychologia medyczna, zagadnienia psychologiczne związane z niewydolnością serca i transplantologią oraz Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach.

txt.Biogram_email

Ludziom zdarza się spostrzeżać schorzenie jakby w oddzieleniu od nich samych. Myślą: „Taki a taki narząd mam chory, wyleczę się i wszystko będzie jak dawniej”. Dopiero po pewnym czasie dociera do nich, że pewne aktywności są już dla nich niedostępne.

A.M.: To kwestia procesu adaptacji do nowej sytuacji. Niewiele osób jest w stanie w sensie poznawczym i emocjonalnym zaakceptować w krótkim czasie fakt, że ich życie wyrzuciło się do góry nogami, a tak właśnie rozumieją choroby serca. Większość naszych pacjentów przechodzi przez wszystkie etapy związane z adaptacją do nowej sytuacji życiowej znane z literatury: od szoku, przez zaprzeczenie, targowanie się, po

różne próby zmian w nadziei, że cofną się wydarzenia, które już miały miejsce. Jeżeli ten proces przebiegnie poprawnie, kończy się pogodzeniem z sytuacją, w przeciwnym wypadku rodzą się problemy. Staramy się pomagać pacjentom w przejściu przez ten proces.

Jakie techniki wykorzystują panie w swojej pracy?

A.M.: W przypadku pacjentów somatycznych najsukcesowniej jest podejście poznawczo-behawioralne. Opiera się ono na założeniu, że zmiana przekonań i myśli pacjenta związanych z sytuacją, w której się znalazł, wpływa na jego emocje, nastawienie do tej sytuacji i w rezultacie pomaga zmienić jego zachowanie. Poza tym wykorzystujemy doświadczenia własne

oraz innych pacjentów w kwestii instrumentalnych sposobów radzenia sobie z sytuacjami, które mogą być problemem.

W jaki sposób pracują państwo nad wypracowaniem motywacji do ćwiczeń fizycznych po zabiegu? To zwykle trudniejsze niż systematyczne tykanie leków.

KAROLINA JURCZAK: Terapia ruchem jest trudna zwłaszcza dla pacjentów po operacjach kardiochirurgicznych. Oni często nie mają siły fizycznej, brakuje im motywacji. Z jednym pacjentem po transplantacji ostatnio spotykaliśmy się także w czasie jego rehabilitacji i motywowaliśmy go razem z fizjoterapeutą.

A.M.: W czasie takiej współpracy rolą psychologa jest obserwowanie zasobów chorego i np. wskazywanie kolejnych, nawet drobnych sukcesów. Część naszych pacjentów nigdy wcześniej nie była aktywna fizycznie i konieczność codziennego wysiłku związanego z rehabilitacją po zabiegu to dla nich duże wyzwanie. Bardzo motywująco działa podkreślanie postępów, co nasi rehabilitanci robią fantastycznie. Psycholog powinien z kolei pokazywać, jak zbliżają się do celu, który sobie wyznaczyli. To zazwyczaj powrót do domu, do rodziny.

Mamy więc z jednej strony codzienne drobne sukcesy, małe kroczki, oraz kamienie milowe, które pacjent sam wyznacza. Takim kamieniem może być coś prozaicznego, jak samodzielne wyjście do toalety, ale to ważny krok na drodze do domu.

Jak można pomóc utrzymać tę motywację po wyjściu pacjenta ze szpitala?

A.M.: Żeby walczył z pokusami, takimi jak zaniechanie spaceru czy ominięcie tabletki, pracujemy nad poczuciem własnej skuteczności. Dokładamy wszelkich starań, aby wyszedł stąd z poczuciem sukcesu, przekonany, że doprowadziła do tego jego codzienna,

systematyczna praca i nasz wspólny wysiłek. Pacjenci pamiętają swój najgorszy stan, nie chcą do niego wracać i szanują to, co udało im się wypracować. To bardzo silna motywacja.

Kilka tygodni czy miesięcy spędzonych w klinice wydaje się krótkim czasem, żeby diametralnie zmienić postawę i nawyki życiowe.

A.M.: Tak się może wydawać z punktu widzenia zdrowej osoby, która próbuje dokonać podobnej zmiany. Ale chorzy rozpoczynają ten proces z innego miejsca pod względem poznawczym. Nasi pacjenci chcą wrócić do stanu jak najbardziej przypominającego ten przed rozpoznaniem czy zaostrzeniem choroby, który dobrze pamiętają.

K.J.: Równie ważna jest kwestia zagrożenia życia. Pacjenci zdają sobie sprawę, że jeśli nie zmieniają przyzwyczajeń, ich stan zdrowia może bardzo się pogorszyć. Chodzi przede wszystkim o rezygnację z alkoholu czy palenia tytoniu, które stanowią poważny czynnik ryzyka i mogą nasilać objawy choroby. Ale niekorzystne jest też unikanie aktywności fizycznej, niesystematyczne przyjmowanie leków albo trudności z utrzymaniem zdrowej diety.

A.M.: Centralną wartością kodeksu etycznego psychologa jest autonomia pacjenta. W służbie zdrowia istnieje jednak pewną tendencją do działania autorytarnego, przekonania, że wiemy lepiej. Staramy się uzmysławiać pacjentom, że inicjatywa leży po ich stronie, że mogą zmienić dawne nawyki na takie zachowania, które są teraz dla nich pozytywne.

Istnieje jednak druga strona medalu: autonomia pacjenta oznacza, że ma prawo dokonać innego wyboru niż ten proponowany w klinice.

A.M.: Część pacjentów faktycznie wybiera inaczej. Zdarzają się sytuacje, w których pacjent otrzymuje

Prof. Ryszard Piotrowicz, kierownik Kliniki Rehabilitacji i Elektrokardiologii Nieinwazyjnej Instytutu Kardiologii



Co właściwie robi psycholog w klinice kardiologii?

Faktycznie, takie połączenie to w naszym kraju rzadkość, chociaż wsparcie psychologiczne powinno wchodzić w skład kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej na równi z innymi elementami. Rokowanie pacjenta po incydencie sercowym nie zależy tylko od działań kardiologa, ale także od pracy fizjoterapeutów i psychologów. Stosując połączenie farmakoterapii, wsparcia psy-

chologicznego i leczenia ruchem, można zmniejszyć ryzyko ponownej hospitalizacji po zabiegu kardiologicznym. Stan psychiczny pacjenta istotnie wpływa na jego rokowania: badania wskazują, że osoba po zawale cierpiąca na depresję czy ze stanami lękowymi będzie żyła krócej niż pacjent pozbawiony takich obciążeń.

Wsparcie psychologiczne jest potrzebne zwłaszcza w pierwszym okresie po incydencie sercowym. Zdarza się, że gdy odwiedzam pacjenta po zabiegu, od strony somatycznej wszystko jest z nim w porządku, ale z jakiegoś

powodu nie chce wstać z łóżka. Dochodzi do tego dopiero po którejś z kolej wizyt psychologa. Dlatego mamy w naszej klinice pracownię psychologii, chociaż jesteśmy wyjątkowym w tym względzie ośrodkiem.

Jak często pacjentów kardiologicznych dotyka depresja?

Obserwujemy ją w 40–60% przypadków. Można się temu dziwić, skoro jakość życia po zabiegu ciągle się poprawia ze względu na postęp technologiczny. Ale paradoksalnie ten postęp staje się też

TERAPIA W KARDIOLOGII

wszystko: informacje, badania, leki, zabiegi, fizjoterapię, rehabilitację, opiekę psychologiczną i po wyjściu ze szpitala wraca do poprzedniego stylu życia. Naszym zadaniem jest jednak dostarczenie mu narzędzi do zmiany i pokazanie możliwych od osiągnięcia korzyści.

Pacjent, który odrzuca pomoc i wraca do dawnych nawyków to frustrujące doświadczenie dla całego zespołu. Na szczęście dosyć rzadko się zdarza, żeby pacjent stanowczo zrezygnował z tej czy innej formy leczenia. W takim przypadku psycholog musi upewnić się, że taka decyzja faktycznie jest świadoma – pacjent jest w stanie prawidłowo przyswoić informacje, nie działa pod presją itd. Jeżeli istotnie tak jest, mamy w obowiązku uszanować tę decyzję, nawet jeśli się z nią nie zgadzamy. Takie sytuacje zdarzają się jednak rzadko, ponieważ pacjenci zwykle czekają w kolejce na wizytę w instytucie i kiedy tu trafią, akceptują proponowane rozwiązania.

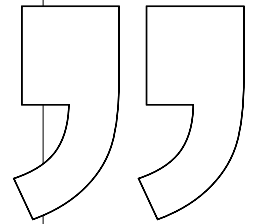
Czy wsparcie psychologiczne związane z koniecznością zmiany stylu życia obejmuje również najbliższe otoczenie pacjenta, szczególnie rodzinę?

K.J.: Szczególnie w przypadku transplantacji, gdzie zmiany dotyczą bardzo wielu aspektów życia pacjenta, pracujemy także z rodziną. Po takim zabiegu najbliżsi pomagają w utrzymaniu dyscypliny: regularnego przyjmowania leków, wizyt kontrolnych, zmiany nawyków. Z moich obserwacji wynika, że im więcej takiego wsparcia pacjent dostaje, tym szybciej powraca do zdrowia i w tym lepszej jest kondycji fizycznej oraz psychicznej.

A.M.: Rodzina faktycznie może bardzo pomóc pod względem praktycznym, niektórzy np. remontują mieszkanie, żeby dostosować je do potrzeb powracającego chorego. Równie ważna jest jednak bliska relacja emocjonalna z członkami rodziny, która silnie

motywuje pacjentów, żeby walczyć o siebie każdego dnia. O takiej roli rodziny, jej wsparciu, pacjenci dużo i pięknie mówią. Potwierdzają to badania, które jednoznacznie wskazują, że wśród psychospołecznych czyn-

W procesie psychoedukacji dostarczamy pacjentom narzędzi umożliwiających zmianę stylu życia i przystosowanie się do zaleceń związanych z chorobą



ników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego istotną rolę odgrywa depresja oraz izolacja społeczna. Brak bliskich więzi często sprawia, że pacjenci nie widzą sensu dalszych działań, podejmowania wysiłku związanego ze zmianą.

Czy rodzina może też negatywnie wpływać na przebieg procesu adaptacyjnego, oczekując na przykład, że pacjent po operacji będzie funkcjonował tak jak przedtem?

A.M.: Rodzina może mieć trudności ze zrozumieniem tej sytuacji, podobnie jak sam pacjent. W idealnej sytuacji lekarz i psycholog przekazują tę samą informację pacjentowi i komuś z jego otoczenia. Wtedy i rodzina, i chory, otrzymują ten sam przekaz z dwóch źródeł. Dowiadują się, że w klinice działamy razem, jako zespół i mamy wspólne cele, a odpowiedzialność za ich realizację z chwilą wypisu przejmuje pacjent i jego najbliżsi. Członkowie rodziny mogą nam zadawać pytania, chcemy, żeby czuli się ważni w tym procesie.

przyczyną depresji: pacjenci ze wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem, który ratuje im życie, żyją w ciągłym strachu przed jego wyładowaniem. Czasem to napięcie jest tak dojmujące, że w ekstremalnych przypadkach mają myśli samobójcze. Zadaniem psychologów jest do tego nie dopuścić.

Czy wyładowanie jest faktycznie tak dotkliwe?

Jest to głównie wydarzenie pod względem psychologicznym, towarzyszący temu fizyczny ból nie jest silny. W no-

wych kardiowerterach pacjent czuje wstrząs, ale nie jest to coś, czego nie dałoby się wytrzymać – zwłaszcza że dzięki temu ratowane jest jego życie. Jeżeli tak się sprawę przedstawi, pacjentowi łatwiej to zaakceptować.

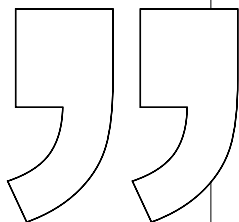
Czy taka zmiana nastawienia, wiedza, co nastąpi, daje pacjentowi poczucie kontroli nad jego chorobą?

Większość chorób kardiologicznych, na przykład miażdżycy, jest nieuleczalna i za pomocą medycyny możemy jedynie zwalniać jej postęp. Przy lżej-

szych schorzeniach pacjent często nie zdaje sobie sprawy, że jego kondycja będzie się pogarszać. Dopiero ci pacjenci, którzy do nas wracają, zaczynają rozumieć, że po kolejnym zaostrzeniu choroby nie będzie już tak, jak wcześniej – będzie gorzej. Rozwiązaniem jest przeszczep, który wymaga od chorego ogromnej samokontroli, przyjmowania leków immunosupresyjnych, przestrzegania zaleceń i zakazów, których wypełnianie jest łatwiejsze dzięki współpracy z lekarzem i psychologiem zapewniających motywację. ■

Czy cechy temperamentu pacjenta wpływają na przebieg leczenia, rehabilitacji i na rokowania?

A.M.: Temperament warunkuje nasze codzienne funkcjonowanie: jak szybko reagujemy na bodźce, na stresujące sytuacje, na zmianę warunków, jak szybko się adaptujemy, w jakim stopniu poszukujemy nowych doznań. Stanowi ważny czynnik ryzyka rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego, co jest potwierdzone badaniami. Chociaż istnieje niewiele prac, w których bezpośrednio zbadano by wpływ temperamentu na proces leczenia chorób układu krążenia, myślę, że jak najbardziej jest on istotny. Inaczej się pracuje z osobą żywiołową, aktywną, a inaczej z osobą o niskiej wytrzymałości, podatnej na stres.



Rodzina, i chory, otrzymują ten sam przekaz z dwóch źródeł. Dowiadują się, że w klinice działamy razem, jako zespół i mamy wspólne cele

Jakie jeszcze czynniki psychologiczne grają tu rolę?

K.J.: Doświadczenie w chorowaniu. Młodzi ludzie, którzy chorują od niedawna, zupełnie inaczej się adaptują do choroby niż ludzie, którzy zmagają się z nią od dawna lub powracają do nas kolejny raz.

A.M.: W psychologii istnieje pojęcie jak umiejscowienie kontroli czyli przekonania dotyczące sił czy osób kontrolujących, co się z danym człowiekiem dzieje. W psychologii zdrowia mówimy o umiejscowieniu kontroli zdrowia i jest to pojęcie istotne w pracy klinicznej. Inaczej do procesu leczenia adaptuje się osoba, która twierdzi, że ponosi konsekwencje swoich decyzji i wyborów, a inaczej pacjent przekonany, że jego zdrowie zależy od działań personelu medycznego i on sam ma niewiele do powiedzenia. Obie te postawy mają swoje wady i zalety, a my staramy się podkreślić korzyści i omówić z pacjentem, co dobrego dla niego można na danej postawie zbudować. Istnieje jeszcze inna grupa pacjentów twierdzących, że zdrowie zależy od czynników losowych. Z nimi pracujemy inaczej, staramy się, żeby przekonali się o możliwości wpływu na przebieg zdarzeń.

Kiedy diagnoza pada na wczesnym etapie choroby, pacjent często nie czuje jej objawów, które pojawiają się dopiero po rozpoczęciu terapii. Jak w takim wypadku pogodzić zaufanie do lekarza z własnym doświadczeniem?

K.J.: Tak, zdarza się, że pacjent czuje się dobrze, przychodzi na leczenie i nagle okazuje się, że czuje się go-

rzej niż wcześniej. Na dodatek często leczenie jest długie i obciążające. W przypadku nowotworów część osób nie chce poddać się chemioterapii, ponieważ wątpią, czy tak drastyczne postępowanie ma sens. Inni z kolei się decydują, ale mają ambiwalentne odczucia. Podobnie jest z pacjentami, którym trzeba wszczepić kardiowerter-defibrylator. Są w pełni świadomi, że to urządzenie ratuje im życie, ale jego wyładowanie boli, zdarza się utrata przytomności. To się wiąże z brakiem poczucia kontroli.

A.M.: Lęk związany z wyładowaniami, które nastąpiły w niespodziewanych okolicznościach, może przybrać postać fobii. Pacjenci mogą zaniechać czynności, które poprzedziły wyładowanie czy unikać sytuacji, które im się z nim kojarzą. Na ból i przekonanie o braku kontroli nakłada się jeszcze poczucie bezradności, także ze strony personelu medycznego. Niestety, czasami pacjenci napotykać trudności w mniejszych placówkach, w których zespół nie ma doświadczenia w niesieniu pomocy osobom z kardiowerterem-defibrylatorem.

Taki stan wymaga intensywnej pracy terapeutycznej. Pracujemy z lękiem pacjenta, najczęściej według paradygmatu poznawczo-behawioralnego, dostosowując go do konkretnego przypadku. Inny ważnym aspektem jest przekonanie pacjenta, że wyładowanie kardiowertera jest skutkiem zaburzenia rytmu serca, a więc chory nie może go wywołać swoim zachowaniem.

K.J.: Kolejnym problemem jest lęk, że urządzenie może ulec awarii.

A.M.: Złożoność sytuacji psychologicznej pacjentów z kardiowerterami polega na tym, że dostają bardzo dużo informacji, które są wewnętrznie sprzeczne. Znajdują się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia: urządzenia te wszczepia się ludziom, u których doszło do zatrzymania krążenia, jednak pewna grupa pacjentów to osoby, u których na takie zagrożenie wskazują badania, natomiast taki incydent jeszcze u nich nie wystąpił. Może się więc zdarzyć, że ktoś ma kardiowerter, ale zaburzenia rytmu nie są tak nasilone, żeby nastąpiło wyładowanie. Wtedy pacjent może uznać, że nie jest mu potrzebne. Do tego dochodzą tzw. wyładowania nieadekwatne, spowodowane innymi okolicznościami niż zaburzenia rytmu serca np. nadużyciem alkoholu. Pacjenci muszą się zmierzyć z tym chaosem, stąd też aktualne wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego zalecają konsultacje psychologiczne przed wszczęciem kardiowerterów-defibrylatorów oraz pomoc psychologiczną skierowaną do osób po nieadekwatnych wyładowaniach. Ma ona na celu ułatwienie pacjentowi adaptacji, a zespołowi – opieki nad nim w procesie leczenia. Liczymy na to, że te rekomendacje wejdą jak najszybciej do rutynowej praktyki.

Z ANNA MIERZYŃSKĄ I KAROLINĄ JURCZAK
 ORAZ PROF. RYSZARDEM PIOTROWICZEM
 ROZMAWIAŁ OLEK MICHALSKI