

Magdalena Trzcńska¹ Zbigniew Włodarczyk²

ZASTOSOWANIE TECHNIK POZNAWCZO-BEHAWIORALNYCH W PRACY TERAPEUTYCZNEJ Z PACJENTAMI PO PRZESZCZEPIENIU NERKI W ŚWIETLE DOŚWIADCZEŃ WŁASNYCH

USE OF THE COGNITIVE-BEHAVIOURAL TECHNIQUES IN THE THERAPY WITH PATIENTS AFTER RENAL TRANSPLANTATION

¹ Szpital Uniwersytecki im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, Poradnia Psychologiczna
Kierownik: dr n. med. Andrzej Cichosz

² Klinika Transplantologii i Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium
Medicum w Bydgoszczy
Kierownik: prof. hab. n. med. Zbigniew Włodarczyk

**renal transplantation
graft
adjustment disorder
cognitive-behavioural techniques**

Autorzy przybliżają problematykę charakteryzującą pacjentów poddanych zabiegom transplantacyjnym. Pojawiające się w takich przypadkach zaburzenia adaptacyjne proponują prowadzić autorskim programem opartym na terapii poznawczo-behawioralnej. Poszczególne techniki tego podejścia są nacelowane na rozwiązywanie określonych reakcji, jak: obawy po zabiegu o nieprzyjęcie przeszczepu, ograniczenia związane ze współistniejącą farmakoterapią itp.

Summary. The article is based on the authors' own experience in therapy with patients after renal transplantation who were hospitalized in the Transplantology and Surgery Department of Collegium Medicum in Bydgoszcz. The specificity of the psychological situation and the most common emotional disturbances present in patients after kidney transplantation (from the cognitive-behavioural view) were discussed. The authors introduced their own proposition of cognitive-behavioural treatment, which is aimed at teaching the patient who is after renal transplantation how to cope with characteristic negative cognitions (thoughts and beliefs), which may lower the patient's mood, cause symptoms of anxiety or even in some cases — worsen the patient's physical state. The example of the use of the cognitive-behavioural techniques in patients after renal transplantation is also included. Conclusions: the cognitive-behavioural model, whose efficiency in relation to many diseases has been proved, may also be useful regarding patients after renal transplantation.

Psychologiczne trudności pacjentów po przeszczepieniu nerki — główne obszary problemowe

Specyfika sytuacji pacjentów po zabiegu przeszczepienia nerki

Z perspektywy psychologicznej sytuacja pacjenta po zabiegu transplantacji nerki jest sytuacją trudną, związaną z wieloma obciążeniami natury medycznej i psychologicznej. Okres po przeszczepieniu narządu to przede wszystkim czas silnego stresu, wymagający od pacjenta wyjątkowej mobilizacji do radzenia sobie oraz szczególnej odporności psychicznej

[1, 2, 3]. Pisząc o psychologicznych aspektach transplantacji należy pamiętać także, że pacjenci po przeszczepieniu nerki to najczęściej osoby od wielu lat borykające się z ciężką, nieuleczalną chorobą, a więc obarczone wszystkimi trudnościami człowieka chorego somatycznie [4]. Dni spędzane w szpitalu po transplantacji to czas ciągłego oczekiwania, niepewności i pogłębiającego się poczucia bezradności, braku kontroli i wpływu na swoje życie. Jest to także ten etap w przebiegu choroby, w którym podatność na wystąpienie u części chorych zaburzeń depresyjnych, lękowych lub innych objawów psychopatologicznych należących do klinicznego obrazu procesu adaptacji wydaje się większa.

Z obserwacji wynika, że do najgorzej tolerowanych psychologicznych aspektów bycia biorcą nerki należy bezustanna niepewność dalszych losów otrzymanego organu. Część obaw dotyczy gojącej się po zabiegu rany, jednak większość z nich wiąże się przede wszystkim z nowo otrzymaną nerką. Każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu wydłuża okres niepewności i bezczynności, w którym pacjent oczekuje na wynik badania laboratoryjnego, będący wskaźnikiem, czy nerka podjęła pracę i swoje funkcje. Od momentu transplantacji praca nerki pozostaje zależna od wielu czynników, które razem tworzą skomplikowaną sieć powiązań, mechanizm, którego działanie jest przez lekarzy odkrywane stale na nowo. Chorzy po transplantacji wypracowują różnego rodzaju strategie radzenia sobie z taką niepewnością. Wydaje się, że rodzaj wypracowanej strategii zależy od osobowości pacjenta, jego wcześniejszych sposobów radzenia sobie w sytuacjach stresowych, lokalizacji poczucia kontroli, wiary we własne siły, a także wsparcia społecznego i umiejętności korzystania z niego.

Grupą pacjentów, którzy w świetle obserwacji radzą sobie zdecydowanie gorzej są chorzy lękowi, zaleźni, których cechuje niewielka zdolność do tolerowania emocji negatywnych, podejrzliwość, nadmierna czujność i skłonność do skupiania się na negatywnych aspektach sytuacji oraz do somatyzacji. W przypadku takich osób transplantacja wydaje się nie spełniać swojego podstawowego zadania: nie ułatwia życia, nie sprawia, że jest ono normalniejsze, a choroba łatwiejsza do zniesienia, a wręcz przeciwnie — chorzy ci żyją w poczuciu ciągłego zagrożenia. Swoje życie, a nierzadko także życie swoich bliskich, podporządkowują dynamice pracy nerki. Sprawiają wrażenie, jakby nie byli w stanie uwolnić się od przymusu myślenia o przeszczepionym narządzie. Stale mierzą ilość oddanego moczu, zapisują wyniki, dokonują bezustannych porównań między wynikami z poszczególnych dni. Skrupulatnie przestrzegają zaleceń lekarzy, czasem zniekształcając ich treść, przez co wprowadzają w swoje życie rygor wręcz wojskowy. Ich życie praktycznie ani przez chwilę nie staje się wolne od napięcia, a ciągle wsłuchiwanie się w swój organizm powoduje, że każda, najdrobniejsza nawet zmiana w samopoczuciu, wyglądzie czy ilości oddanego moczu jest interpretowana jako początek procesu odrzucania.

Na podstawie obserwacji zachowania oraz przeprowadzonych rozmów, najgorzej wydają się radzić sobie ci pacjenci, których już przed transplantacją charakteryzowała słaba kontrola impulsów, temperament, w którym siła procesów hamownia jest słabsza od siły procesów pobudzenia, oraz mała tolerancja emocji negatywnych — lęku, złości itp. Tacy chorzy w sytuacji przedłużającej się niepewności co do funkcjonowania nerki mogą reagować wybuchem silnych emocji, niekontrolowanego płaczu, czasem atakami lęku, pobudzeniem psychoruchowym. Pojawia się labilność emocjonalna, bezsenność, utrata apetytu, czasem apatia bądź inne objawy depresyjne czy lękowe. Powstaje mechanizm

błędnego koła: posiadanie nerki staje się podstawą do tworzenia lękowych interpretacji, lęk zaś i inne emocje wpływają zwrótnie na pracę nerki, na przykład ciągle podwyższając ciśnienie [5].

Innym czynnikiem, który może przyczyniać się do wystąpienia trudności adaptacyjnych, jest konieczność przyjmowania leków immunosupresyjnych i związane z tym konsekwencje. Leki te, hamując naturalną reakcję organizmu polegającą na odrzucaniu obcego narządu, mają także uboczne skutki negatywne mogące wpływać na psychikę pacjentów. Dotyczy to zwłaszcza skutków związanych ze zmianą wyglądu fizycznego, co w największej mierze wpływa na samopoczucie kobiet — są to: przyrost masy ciała, owłosienie pojawiające się na rękach i nogach, pogorszenie się stanu skóry twarzy [2, 6]. Czynniki te mogą wpływać na samoocenę danej pacjentki, osłabiając jej poczucie własnej wartości jako kobiety. Wraz ze zmianą wyglądu mogą pojawiać się stany przygnębienia, zniechęcenia, zwłaszcza u kobiet z silnym rysem narcystycznym, których samoocena i poczucie tożsamości zależne są od wyglądu zewnętrznego.

Niestety, czasami obawy pacjentów nie są bezpodstawne, nadal bowiem nie udaje się zapobiec ze stuprocentową skutecznością procesowi odrzucania wszczepionego narządu. Pomimo starań zarówno personelu medycznego, jak i pacjentów — nerka może ulec procesowi odrzucania, a czas jej pracy w organizmie nowego właściciela jest trudny do określenia. Problematyka pomocy psychologicznej pacjentom, u których dochodzi do odrzucenia przeszczepu, wykracza poza ramy tego opracowania. Skupiliśmy się tu na zastosowaniu technik terapeutycznych u pacjentów, których obawy nie są związane z procesem odrzucania przeszczepionego narządu, ale z ich własnymi katastroficznymi interpretacjami obserwowanych objawów.

Z perspektywy psychologicznej wydaje się, że w przypadku transplantacji rodzinnej odrzucanie narządu może mieć nieco inne znaczenie niż w przypadku transplantacji od dawcy niespokrewnionego. W obydwu sytuacjach może pojawić się poczucie zawodu, lecz to głównie u biorcy nerki od krewnego dochodzi do tego poczucie winy wobec dawcy („zmarnowanie” otrzymanego narządu), które często może udzielać się samemu dawcy („coś jednak było nie tak z moją nerką”). U chorych, którzy byli przed transplantacją dializowani, pojawia się lęk przed powrotem do tej kłopotliwej i wyczerpującej procedury. Przedłużająca się niepewność, złe samopoczucie, niekończący się pobyt w szpitalu powodują wyczerpanie psychiczne, które często rodzi konieczność częstego kontaktu i współpracy z psychologiem.

Trudności emocjonalne pacjentów po przeszczepieniu nerki w ujęciu poznawczym

Podejście poznawcze zakłada, że czynnikiem mającym największy wpływ na samopoczucie i nastrój człowieka są różnego rodzaju treści poznawcze: myśli, przekonania, zasady postępowania itd. [7, 8, 9]. Oznacza to, że to nie sytuacja czy inne czynniki zewnętrzne są odpowiedzialne za stan emocjonalny, lecz raczej specyficzny dla każdego człowieka sposób ich interpretowania [10]. Takie rozumienie pochodzenia objawów depresyjnych czy lękowych przesuwają akcent z tego, na co nie zawsze mamy wpływ (sytuacja czy zachowania innych ludzi), na subiektywne znaczenie, jakie nadajemy okolicznościom, z którymi łączymy wystąpienie negatywnych emocji. W praktyce znaczy to, że najważniejszym zadaniem

terapeuty poznawczego powinno być przekazanie pacjentowi, iż nawet w obiektywnie bardzo trudnej psychologicznie sytuacji nie pozostaje on pozbawiony możliwości regulowania i zmiany własnych emocji tak, aby odczuwać mniej dyskomfortu i mniej cierpieć.

Wszyscy pacjenci po zabiegu transplantacji nerki, oczekujący w szpitalu na podjęcie przez przeszczepiony narząd pracy, znajdują się w sytuacji trudnej, jednakże nie u wszystkich występują objawy psychopatologiczne wymagające interwencji psychologa. Radzenie sobie zależy od wielu czynników, których opisanie przekracza tematykę niniejszej pracy. Z perspektywy psychologa pracującego poznawczo, jednym z aspektów, który odróżnia pacjentów, u których po przeszczepieniu nerki rozwijają się cechy adaptacyjnej reakcji depresyjno-lękowej, od pacjentów bez takich objawów, są charakterystyczne treści poznawcze, które przyczyniają się do powstawania bądź podtrzymywania negatywnych stanów emocjonalnych.

Opierając się na rozmowach z pacjentami, proponujemy podział dysfunkcyjnych treści poznawczych pojawiających się po transplantacji nerki na cztery podstawowe grupy:

Treści poznawcze związane z lękiem przed utratą nerki

W grupie chorych po przeszczepieniu nerki jest to chyba najczęstsza i tym samym najbardziej obszerna kategoria myśli i przekonań. Tego rodzaju treści poznawcze pojawiają się u niektórych chorych już bezpośrednio po przeszczepieniu, nasilają się zaś, gdy nerka nie podejmuje swoich funkcji po upływie czasu, jaki pacjent uznał za wystarczający (co często nie ma uzasadnienia i jest sprzeczne z zapewnieniami lekarzy). Myśli należące do tej kategorii to najczęściej: „nic z tego nie będzie”, „przecież to nie ma sensu lykac tyle tych leków, i tak nic z tego”, „lekarze mówią, że to normalne, ale ja wiem swoje”, „tylko mnie pocieszają”.

Inną odmianą w ramach tej kategorii mogą być negatywne myśli pojawiające się u chorych, którzy, mimo iż nerka pracuje prawidłowo, nie ufają lekarzom („jestem tak długo w szpitalu, myślałem, że to będzie krócej, pewnie coś jest nie tak”).

Szczególnym rodzajem sytuacji bywa moment, gdy na oddziale przebywa dwóch pacjentów, którzy otrzymali nerki od tego samego dawcy. Pomędzy takimi chorymi następuje proces porównań, na którego podłożu powstają charakterystyczne treści poznawcze. Myślenie pacjentów w ramach porównywania się może wędrować w dwóch kierunkach: staje się źródłem nadziei („moje wyniki jeszcze nie są najlepsze, ale mój sąsiad miał nerkę od tej samej osoby i też mu długo nerka nie chodziła, a za dwa dni wychodzi, to mi też chyba powinna ruszyć”) lub też rozpaczy („ta pani, co miała nerkę od tej samej osoby, już wyszła, a moja kreatynina jest nadal taka wysoka; chyba już nic z tego”).

Treści poznawcze związane z przyjmowaniem leków immunosupresyjnych

U obserwowanych pacjentów ta kategoria myśli była najmniej liczna. Wydaje się, że obawy te częściej występują u kobiet i dotyczą lęku przed zmianą wyglądu („słyszałam, że będę tyć bez końca”). Duża część tych myśli dotyczy obaw przed skutkami działania leków. Treści poznawcze dotyczące farmakoterapii pojawiają się zwłaszcza u pacjentów, którzy już wcześniej mieli negatywne przekonania o przyjmowaniu leków. Poprzez swój bezpośredni wpływ na zachowanie chorego myśli te mogą spowodować np. zaprzestanie

brania leków, zmniejszanie ich dawek bez powiadomienia lekarzy, podchodzenie do przyjmowania leków z lekceważeniem („tyle chemii nie jest mi potrzebne”, „od tygodnia nie biorę połowy tego, co mi zapisali, nic mi nie będzie”, „przecież jak nie wezmę raz czy dwa, nic się nie stanie”). Nieprzepracowane myśli z tej kategorii, oprócz pogorszenia stanu zdrowia, mogą powodować konflikt z personelem lekarskim, co w konsekwencji jeszcze bardziej zniechęca chorego do dostosowywania się do zaleceń.

Treści poznawcze związane z opuszczeniem szpitala

Jest to grupa treści poznawczych, które dotyczą lęku przed nieporadzeniem sobie po wyjściu ze szpitala. Treści te związane są z bardzo różnymi aspektami. Chorzy najczęściej martwią się o dojazdy na kontrolne wizyty lekarskie, przyjmowanie leków („nie spamiętam tego”, „pomyła mi się, przyjmuję tyle leków”), dbanie o dietę i tryb życia („nie wiem, czy dam radę zrezygnować z palenia”, „sam już nie wiem, co mi wolno, czego nie”). Czasami są to po prostu ogólne, niesprecyzowane obawy, które w praktyce mogą być źródłem najsilniejszego lęku („nie wiem, czy sobie poradzę z tym wszystkim”).

Osobną grupą są lęki pacjentów, czy rozpoznają sygnały świadczące o ewentualnym odrzuceniu narządu. Przekonania z nimi związane są najczęściej powodem nieuzasadnionych obaw, bezustannego monitorowania swego stanu, niepotrzebnego alarmowania lekarzy czy domagania się przyjęcia do kliniki („muszę zapisywać, ile wypilem płynów i ile oddałem moczu, inaczej coś przeoczę”, „muszę na siebie szczególnie uważać, nie wolno mi robić nic jak przedtem”). Myśli takie powodują ciągłe poczucie zagrożenia, niepewności i w sposób znaczący przyczyniają się do zmniejszenia komfortu codziennego życia nie tylko samego chorego, ale także jego najbliższego otoczenia.

Treści poznawcze niezwiązane specyficznym z sytuacją przeszczepienia narządu

Po przeszczepieniu nerki, oczekując na poprawę stanu, pacjent znajduje się w sytuacji trudnej, nierzadko kryzysowej. Niepowodzenie transplantacji (rzeczywiste lub podejrzewane przez pacjenta) może stanowić tzw. bodziec spustowy (*trigger*), czyli stać się tym czynnikiem, który odpowiada za uruchomienie się dysfunkcyjnych podstawowych przekonań (*core beliefs*) pacjenta. Za podstawowe uważa się przekonania wynikłe z doświadczenia, zasady, mocno utrwalone, mało podatne na zmianę, przeradzające się często w automatyzmy, i niezachowujące spójności z rzeczywistością. U pacjentów po transplantacji mogą dotyczyć one takich desygnatów, jak osiągnięcia, poczucie wartości czy samoocena („jestem beznadziejna i nic mi się nigdy nie udaje, i ten przeszczep też...”, „wiedziałam, że to się nie uda, nie zasługuję na nic dobrego; moja mama też mi to powtarzała”, „to na pewno moja wina, że się nie udało, nic dobrego mi nie jest pisane, tak to już jest w moim życiu”).

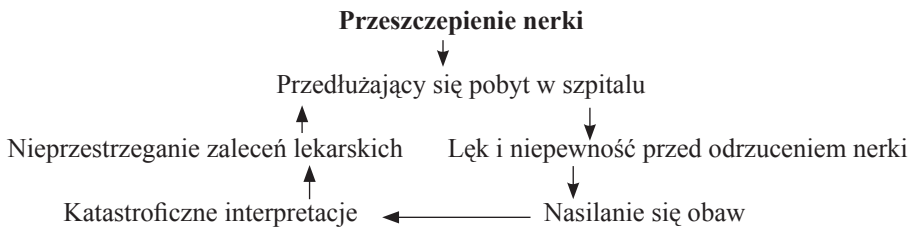
Techniki poznawcze wykorzystywane w krótkoterminowej terapii pacjentów po przeszczepieniu nerki

Po przeszczepie pacjenci nierzadko sami proszą o kontakt z psychologiem. Jego zadaniem jest zapewnienie im wsparcia, zrozumienia i przede wszystkim możliwości wyczerpującego omówienia dręczącej ich sytuacji. W pierwszej fazie kontaktu pacjent

powinien mieć komfort mówienia o swoim zdrowiu, pewność, że będzie wysłuchany, co wyraźnie zmniejsza napięcie emocjonalne i przygotowuje podstawy stabilnej relacji terapeutycznej.

Kontakt z pacjentem oddziału transplantacyjnego jest kontaktem ograniczonym czasowo, co sprawia, że wskazane i efektywne są te podejścia terapeutyczne, które bazują na pracy krótkoterminowej, skupionej na rozwiązywaniu konkretnych problemów. Na podstawie własnych doświadczeń możemy powiedzieć, że przydatna w pracy z pacjentami po przeszczepieniu nerki jest perspektywa poznawcza. Jej atrakcyjność polega nie tylko na elastyczności dostosowania czasu terapii do czasu pobytu pacjenta w szpitalu, lecz przede wszystkim na ukazaniu mu możliwości uzyskania realnego wpływu i kontroli nad swoim stanem psychicznym. Aspekt ten wydaje się wyjątkowo istotny dla grupy chorych po przeszczepie, gdyż właśnie dla nich hospitalizacja związana jest w dużej mierze z pogłębiającym się poczuciem bezradności i braku wpływu na stan zdrowia. Niepewność powodzenia transplantacji, pobyt w szpitalu, często znacznie dłuższy od przewidywanego, powodują nasilenie się obaw oraz nierzadko stają się podstawą do tworzenia lękowych, katastroficznych interpretacji, które zwrótnie zwiększają niepewność. Zły stan psychiczny (depresyjny, lękowy) może utrudniać powrót pacjenta do pełnej sprawności, współpracę z lekarzami (np. poprzez nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich), a w konsekwencji istotnie przyczyniać się do wydłużenia czasu hospitalizacji. Opisane zależności między stanem emocjonalnym, treściami poznawczymi a stanem fizycznym pacjenta świetnie obrazuje jeden z podstawowych w podejściu poznawczym mechanizmów — tzw. błędne koło (*vicious circle*) przedstawione na rysunku 1.

Rycina 1. **Poznawczy model powstawania i podtrzymywania reakcji lękowych po przeszczepieniu nerki**



Proponując pacjentom po zabiegu transplantacji nerki krótkoterminową terapię poznawczą, niezmiernie istotne jest precyzyjne ustalenie celów pracy terapeutycznej. Według modelu poznawczego, podstawowe cele terapeutyczne to przede wszystkim nauczenie pacjenta rozpoznawania tych treści poznawczych, które są związane z negatywnymi stanami emocjonalnymi (lęk, smutek) oraz nauczenie efektywnego sposobu radzenia sobie ze zidentyfikowanymi myślami i przekonaniami. Innym celem jest przedstawienie pacjentowi poznawczego sposobu rozumienia własnych stanów psychicznych jako podejścia, które zakłada, iż praktycznie w każdej sytuacji mamy realną możliwość regulowania własnych emocji. Kolejny cel to osiągnięcie przez pacjenta wyważonego sposobu myślenia o własnej sytuacji, myślenia nie skrzywionego przez częste w stanach depresyjnych czy lękowych

zniekształcenia poznawcze (np. myślenie w kategoriach wszystko albo nic), co w konsekwencji prowadzić może do poprawy samopoczucia.

W dalszej części artykułu przedstawiono ogólny zarys terapii poznawczo-behawioralnej pacjentów po przeszczepieniu nerki. Opis ten jest autorską propozycją pracy terapeutycznej w nurcie poznawczo-behawioralnym, która wymaga jeszcze dokładnych badań i przemyśleń.

Część wstępna terapii — przygotowanie pacjenta do podejścia poznawczego

Ze względu na znaczne ograniczenie czasowe pracy, terapia poznawcza prowadzona na oddziale szpitalnym jest terapią „instant”: jest bardzo intensywna, spotkania odbywają się czasami codziennie lub co dwa dni, sesje są krótsze, czas sesji jest dostosowywany do fizycznego stanu chorego oraz innych badań medycznych, a standardowe etapy terapii są z konieczności skracane. Terapeuta powinien cały czas pamiętać, że tempo i efektywność pracy terapeutycznej z pacjentem może, poprzez zmianę samopoczucia i podejścia pacjenta do własnej sytuacji, istotnie wpłynąć na poprawę jego stanu somatycznego.

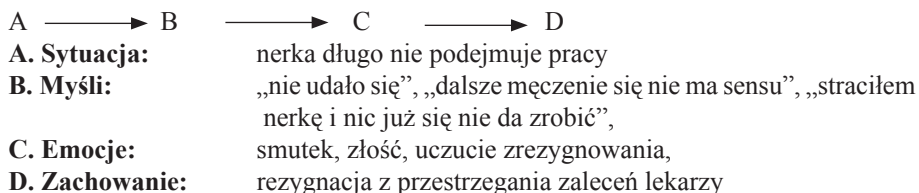
Na początkowym etapie pracy ważne jest zapoznanie pacjenta z podstawowymi założeniami modelu poznawczego, tak, aby zarówno terapeuta, jak i pacjent porozumiewali się tym samym językiem. Edukacja pacjenta jest potrzebna także po to, żeby miał on poczucie sensowności i celowości oddziaływań terapeutycznych. Wyjaśniając model poznawczy, czyli — używając pojęcia Maultsby’ego — tzw. ABC terapii [10], uczymy pacjenta rozumieć, skąd właściwie biorą się jego negatywne stany emocjonalne (rys. 2).

Rycina 2. ABC terapii na przykładzie myśli pacjenta po transplantacji nerki



Pokazując pacjentowi kierunek zależności między sytuacją, treściami poznawczymi, behawioralnymi a emocjami najlepiej jest od początku odnosić się do jego obecnej sytuacji i przeżyć z nią związanych. Odwołując się do własnych przeżyć, chory w krótszym czasie przyswaja sobie poznawczy model rozumienia tego, co się z nim dzieje (przykład wykorzystania modelu ABC w pracy z konkretnymi myślami przedstawia rys. 3).

Rycina 3. ABC terapii na przykładzie myśli pacjenta po transplantacji nerki



Omawiając z pacjentem poznawcze ABC, mamy na celu pomóc mu w dostrzeżeniu, że jego stany emocjonalne są rezultatem nie tylko trudnej sytuacji, w jakiej się znalazł,

ale w dużej mierze sposobu, w jaki tę sytuację interpretuje. Niezmiernie istotne jest, aby w tym momencie pracy podkreślić, że nie oznacza to, że chory ponosi wyłączną odpowiedzialność za swoje negatywne emocje. Jest to tak ważne dlatego, że wielu pacjentów po przeszczepieniu ma tendencję, aby automatycznie obarczać się winą za swój zły stan („to moja wina, że tak się czuję”), rzeczywistym zaś celem terapeutycznym nie jest dochodzenie, kto jest winien, lecz wzmocnienie w pacjencie przekonania, że ma wpływ na swoje myśli, a pośrednio na swoje emocje.

Pacjenci po transplantacji mają skłonność, aby utożsamiać obiektywnie trudną sytuację, w jakiej się znaleźli (np. przeszczepiona nerka nie podejmuje pracy mimo upływu czasu i starań lekarzy), z tym, co myślą, robią i czują. W efekcie otrzymują równanie: nie mogę nic zrobić, niczego zmienić w swojej sytuacji, jestem skazany na czekanie i bezradność, a więc analogicznie jestem skazany na określone myśli i emocje i wobec nich jestem równie bezradny.

Kończąc część edukacyjną pracy terapeutycznej musimy mieć pewność, że pacjent dobrze rozumie założenia modelu poznawczego oraz że jest do niego przekonany. W osiąganiu tych celów pomocna jest metoda pytań sokratejskich [7], za pomocą których naprowadzamy pacjenta na samodzielne dochodzenie do poznawczego rozumienia powstawania emocji. Przechodząc do dalszej pracy terapeutycznej dobrze jest, jeśli pacjent zapoznany jest z podstawowymi pojęciami, np. negatywnych automatycznych myśli, oraz jeśli jest przygotowany na to, że ten rodzaj terapii nie polega tylko na opowiadaniu swoich przeżyć, ale będzie wymagał większej aktywności. Na podstawie refleksji z własnej praktyki sądzymy, iż pacjenci po transplantacji są często na tyle zmęczeni bezczynnością i poczuciem braku wpływu na swój stan, że terapia psychologiczna, która odkrywa przed nimi realną możliwość bezpośredniego oddziaływania na swoje samopoczucie, wydaje się im szczególnie atrakcyjna i warta zaangażowania.

Dalsza część terapii

W terapii z pacjentami po przeszczepie wykorzystuje się pracę z negatywnymi, dysfunkcjonalnymi treściami poznawczymi w ramach modelu trójstopniowego: identyfikacja — weryfikacja — modyfikacja [7, 9]. W celu identyfikacji negatywnych treści poznawczych, po zapoznaniu chorego z kierunkiem myślenia w nurcie poznawczym, proponuje się mu dzienny zapis myśli — DTR (*daily thought record*), pamiętając, aby pierwsze table zapisu dziennej aktywności wykonać razem z nim. DTR przede wszystkim umożliwia wgląd w mechanizm powstawania negatywnych stanów emocjonalnych u konkretnej osoby, dostarcza pacjentowi i terapeutce materiału do dalszej pracy, pozwala szybciej dostrzec, jakie treści poznawcze czy behawioralne podtrzymują problem, a ponadto uczy pacjenta odróżniać emocje od myśli i zachowań. Dodatkowym terapeutycznym rezultatem wypełniania DTR, niejako „skutkiem ubocznym”, jest dostarczenie pacjentowi konkretnego zajęcia, aktywności, która sama w sobie przyczynia się do przerwania błędnego koła bezczynności i bezradności.

Gdy terapeuta zyskuje pewność, iż pacjent jest w stanie samodzielnie rozpoznawać negatywne, automatyczne myśli, dotyczące stanu jego zdrowia, i potrafi je trafnie odróżniać od emocji, rozpoczyna kolejny etap pracy terapeutycznej — czyli weryfikację dysfunk-

cjonalnych myśli i przekonań. Weryfikacja dostarcza okazji, aby rozwijać alternatywne, bardziej zrównoważone i funkcjonalne treści poznawcze, które pozwalają pacjentowi spostrzegać nie tylko własne trudności, ale także własne zasoby i osiągnięcia.

W części pierwszej etapu weryfikacji uczymy chorego rozpoznawać, które ze zidentyfikowanych treści kognitywnych są rzeczywiście odpowiedzialne za jego zły stan emocjonalny, tylko wtedy bowiem wiemy, nad którymi treściami myślowymi należałoby skupiać się w dalszej pracy w pierwszej kolejności, a które pominąć. Wydaje się, że dobrym i skutecznym sposobem służącym takiemu rozeznaniu, jest metoda stworzona przez M. Maultsby'ego, tzw. metoda pięciu racjonalnych pytań [10]. Za ich pomocą pacjent ocenia każdą ze swoich zapisywanych myśli. Metoda pięciu pytań weryfikuje, w jakim stopniu myślenie pacjenta jest oparte na faktach, w jakim pozwala mu osiągać jego cele, chronić swoje życie i zdrowie, czy pomaga mu unikać lub rozwiązywać konflikty z innymi i czuć się tak, jakby chciał się czuć. Tych pięć pytań umożliwia pacjentom dokładną ocenę własnego sposobu myślenia. Ponadto, metoda ta pozwalając pacjentowi zdystansować się wobec własnych myśli, dostrzec, jak bardzo są one czasem niekorzystne dla niego samego, stanowi jednocześnie „pomost” do drugiej części etapu polegającego na weryfikacji sposobu myślenia. Gdy pacjent zdecyduje, które z jego myśli w największym stopniu powodują nasilenie się negatywnych emocji, rozpoczyna się praca, której celem jest podważenie tych myśli i pomoc pacjentowi w rozwijaniu zrównoważonego, mniej raniącego sposobu myślenia. Identyfikacja dysfunkcyjnych procesów poznawczych prowadzi do systematycznego testowania i oceny tych myśli czy przekonań.

Na etapie weryfikacji uruchamiany jest proces wyważonego myślenia lub inaczej — poznawczej restrukturyzacji [11]. Proces ten wzmacniany jest poprzez użycie specyficznych technik poznawczych [7, 8, 9]. Najczęściej stosowanymi technikami są: poszukiwanie dowodów za i przeciw danemu przekonaniu czy alternatywnych wyjaśnień, rozpoznawanie błędów w myśleniu, ocena rezultatu myślenia w określony sposób, myślenie z perspektywy innej osoby. Innym, często przydatnym, sposobem jest odwoływanie się do zasobów danej osoby, czyli wszystkich tych aspektów, które pomagały choremu radzić sobie z różnymi trudnościami w przeszłości. W przypadku chorych po przeszczepie istotne jest, aby odwoływać się do doświadczeń radzenia sobie w *innych* sytuacjach, gdyż dla większości jest to pierwsza transplantacja, tak więc nie można opierać się na tym, jak sobie radzili w „tego typu sytuacjach”, jak zakłada pierwotna wersja tej techniki.

Współpracując z pacjentem na etapie weryfikacji, dobrze jest, aby na początku i na końcu tego etapu ocenił on ilościowo, używając umownej skali np. 0–100, jak dalece wierzy w swoje myśli. Ten prosty zabieg bardzo łatwo unaczynia zmianę, jaka się dokonała.

Ostatnim stadium pracy terapeutycznej jest dokonanie przeformułowania tych treści poznawczych, które zostały zidentyfikowane i ocenione podczas dwóch pierwszych etapów.

Podstawowym celem przeformułowania jest zmiana dotychczasowych myśli czy przekonań pacjenta tak, aby wyrażały one strategię czy zasadę, która byłaby bardziej elastyczna, zgodna z rzeczywistością i bardziej funkcjonalna w jego obecnej sytuacji. Nowa myśl czy przekonanie może być inną, mniej kategoriyczną, bardziej wyważoną wersją poprzedniej. Musi pozwalać pacjentowi na uwzględnianie różnych okoliczności i dawać mu poczucie wyboru i wpływu na swoją sytuację. Przeformułowane treści poznawcze muszą być tak

skonstruowane, aby chory nie nabrał przekonania, iż jego szczęście jest uzależnione od tego, czy spełniony będzie tylko jeden, ściśle określony warunek (np. „jeżeli moja nerka nie podejmie pracy, to będzie koniec, nigdy sobie nie wybaczę, że zgodziłam się wziąć nerkę od matki”).

Strategią, która wydaje się najlepiej sprawdzać na etapie modyfikacji przekonań, jest strategia zapytań sokratejskich. Jest ona jedną z najszybszych i najbardziej efektywnych technik poznawczych, jak bowiem żadna inna metoda, pobudza zasoby, jakie posiada pacjent (np. wynikające z jego doświadczenia, zdolności do analizy) i powoduje samodzielne dochodzenie do zmiany [7, 9].

Ze względu na specyfikę sytuacji i znaczne nieraz ograniczenia czasowe związane z długością okresu hospitalizacji pacjenta, nie jest możliwe, aby w pełni korzystać z innej, również niezmiernie skutecznej metody, czyli eksperymentu behawioralnego. W pracy z pacjentami po transplantacji idea eksperymentu znajduje swoje zastosowanie głównie w przypadku chorych, którzy nie przestrzegając zaleceń lekarskich przyczyniają się do pogorszenia stanu zdrowia, czasem nawet przyspieszając proces odrzucania przeszczepionego narządu. Pracując z takimi chorymi, najpierw za pomocą pytań sokratejskich, terapeuta stwarza sytuację, która pomaga im zrozumieć, jakiego rodzaju wady ma ich dotychczasowe postępowanie wynikające z dysfunkcyjnych przekonań („moja nerka i tak jest już stracona, nie ma sensu, żebym tak się ograniczał”, „co oni tam wiedzą, przesadzają, żeby tylko mnie wystraszyć”) i jakie ryzyko ono powoduje. Następnie proponuje się, aby spróbowali postępować przez określony czas, w ramach eksperymentu, tak, jakby ich myślenie było inne, np. jakby postępowali, gdyby wiedzieli ze stuprocentową pewnością, że przeszczep się uda. Zgodnie z zasadami konstruowania eksperymentów behawioralnych ustala się z pacjentami precyzyjnie, jakie konkretnie zachowania zmienić. Bardzo ważne jest także omówienie obaw pacjenta i przewidywanych przez niego trudności. Z pacjentami szpitalnymi nierzadko pracuje się codziennie, więc potencjalne problemy można omawiać na bieżąco.

Pracę terapeutyczną podczas hospitalizacji kończy się zazwyczaj, gdy pacjent zmodyfikował te z przekonań, które w najbardziej dysfunkcyjny sposób wpływały na jego zachowanie się bezpośrednio po transplantacji. W ostatniej fazie pracy wykonuje się pisemne podsumowanie całości terapii (*blueprint*), w którym uwzględnia się wszystko to, czego pacjent zdołał się nauczyć, np. jakie myśli czy zachowania utrzymywały jego problemy, jakie techniki okazały się najbardziej pomocne, co będzie mogło doprowadzić do nawrotu problemu — np. jakie sytuacje, co zrobi w przyszłości, jeśli zauważy, że negatywne stany emocjonalne wracają etc. (Opis modelu przykładowej pracy z pacjentem po przeszczepieniu nerki przedstawia tabela 1.) Pacjentowi zaleca się także częste przeglądanie notatek z sesji terapeutycznych, które odbyły się na oddziale, oraz zachęca się go do samodzielnej pracy z negatywnymi treściami poznawczymi, jakie ewentualnie pojawiają się po opuszczeniu szpitala.

Tabela 1. Przykład terapii poznawczo-behawioralnej pacjentki po przeszczepieniu nerki.
Sformułowanie przypadku w ramach modelu poznawczego.

Pacjentka, lat 29, samotnie wychowuje dziecko, od kilku lat choruje na niewydolność nerek. Dializowana przez 2 lata, z powodu dializ uzależniona od pomocy matki. Początkowy pomiar nastroju BDI = 23; diagnoza: reakcja na ciężki stres i zaburzenie adaptacyjne (F43 wg ICD 10).

Czynniki podatności (*vulnerability factors*)

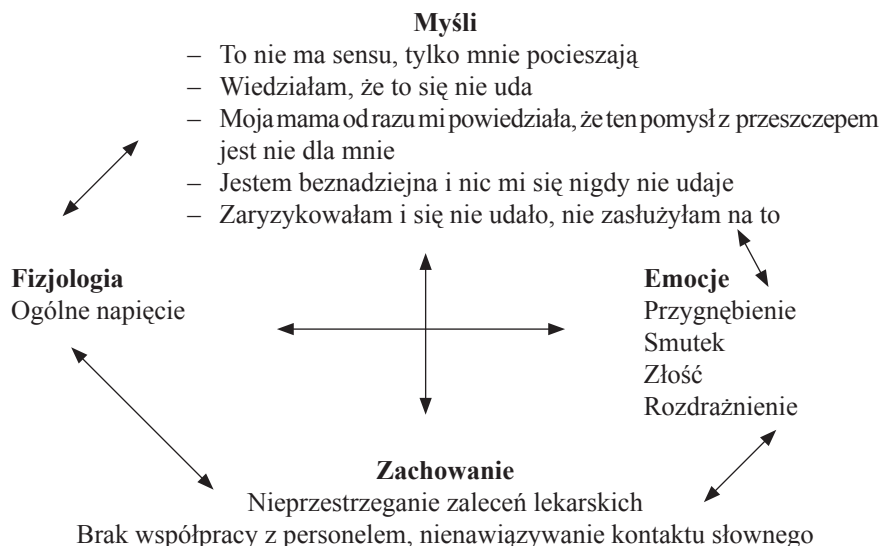
- rozstanie z chłopakiem
- nieplanowana ciąża
- pogorszenie się stanu zdrowia i konieczność rozpoczęcia dializ
- zależność od matki, z którą ma złe relacje

**Głębokie przekonania i dysfunkcjonalne założenia
(*core beliefs, dysfunctional assumptions*)**

- Jestem beznadziejna
- Jestem nieudacznikiem
- Życie jest ciężkie i niczego nie mogę mieć za darmo
- Nie mogę ufać ludziom
- W życiu nie można wiele ryzykować

Wydarzenie krytyczne (*critical incident*)

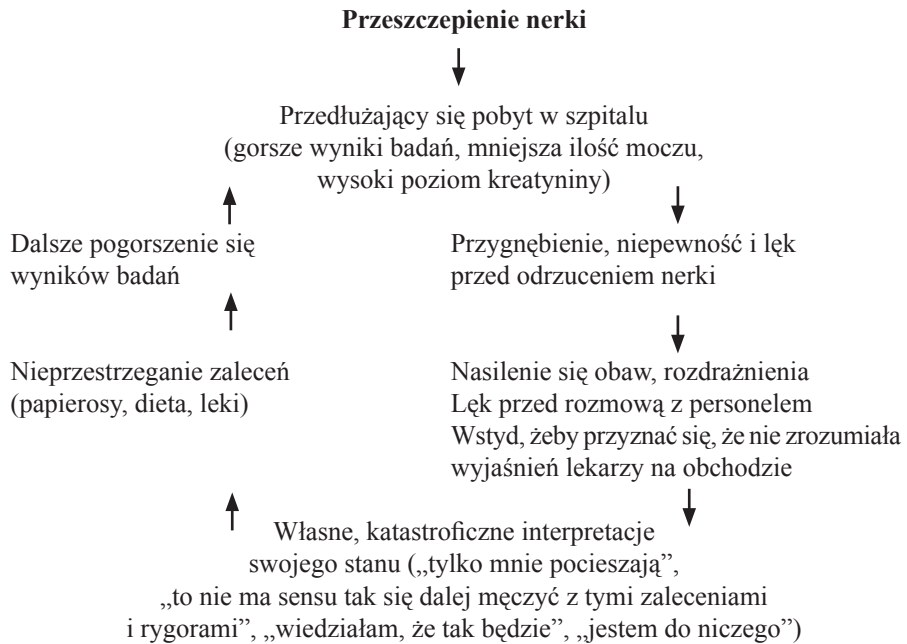
Przeszczepiona nerka nie podejmuje od razu swoich funkcji



cd Tabeli 1 na następnej stronie

cd Tabeli 1

Procesy podtrzymujące (*maintaining processes*)



Nowe, zmodyfikowane przekonania:

Nie ma żadnych dowodów, że przeszczep się nie udał i że lekarze mnie tylko pocieszają
Wielu pacjentów też czekało tak długo aż nerka ruszy
Po tylu trudnych przeżyciach zasługuję na coś dobrego
Gorsze wyniki to normalny, przejściowy etap
Przestrzeganie zaleceń ma sens: mam realną kontrolę nad swoim zdrowiem

Końcowy pomiar nastroju: BDI = 10

Podsumowanie

Transplantacja narządów jest jedną z najbardziej atrakcyjnych, a zarazem kontrowersyjnych metod leczenia współczesnej medycyny. Ciągłe niedoskonała, ciągle obciążona ryzykiem, daje jednak szansę tysiącom osób na całym świecie — szansę na normalniejsze życie, lepsze samopoczucie i niezależność.

Wydaje się, że psychoterapia poznawczo-behawioralna, dzięki coraz lepiej zweryfikowanym naukowo metodom oraz coraz ściślejszej współpracy psychoterapeutów z lekarzami, może w wymierny sposób podnieść jakość życia pacjentów po zabiegu transplantacji nerek.

Wnioski i przemyślenia przedstawione w niniejszej pracy wymagają dalszych obserwacji i badań o solidnych metodologicznie podstawach, jednakże już teraz, biorąc pod uwagę, że wartość i użyteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej została dowiedziona w przypadku pracy z pacjentami z wieloma schzeniami somatycznymi, można zakładać, że będzie ona efektywną formą pomocy terapeutycznej również w odniesieniu do chorych po transplantacji nerek. Salkovskis [12] dowodził, że terapia poznawczo-behawioralna, jako podejście mocno oparte na empirii, jest szczególnie użyteczna w medycynie, którą określił jako „ateoretyczną”. Podejmowano już próby zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu omdleń [13], depresji w chorobach neurodegeneracyjnych takich, jak choroba Alzheimera czy choroba Parkinsona, poprzez zmianę negatywnych przekonań o własnej chorobie [14, 15]. Lundh i Hindmarsh [16], zajmujący się leczeniem bezsenności, opisywali użycie tzw. obserwacji metapoznawczej jako propozycji aktywności służącej przerywaniu błędnego koła ruminacji, zamartwiania się i innych procesów kognitywnych zakłócających sen. Interwencje poznawczo-behawioralne wykorzystywano także w odniesieniu do bardzo specyficznych chorób. Anie i wsp. [17] opisują zdecydowaną poprawę w poziomie jakości życia, radzeniu sobie z bólem i redukcję psychologicznego dystresu u pacjentów z chorobą krwinek czerwonych. Sturmei i wsp. [18] podają, w jaki sposób zastosowanie wybranych technik poznawczo-behawioralnych pomaga dzieciom w akceptowaniu nieprzyjemnych interwencji stomatologicznych. O wykorzystaniu terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu pacjentów z niewydolnością nerek (dializowanych oraz po transplantacji) pisali Phipps i Turkington [4]. Zwrócili uwagę na użyteczność takich elementów terapii poznawczo-behawioralnej, jak praca z poznawczymi zniekształceniami, poszukiwanie i nadawanie znaczenia czy próby uzyskania poczucia kontroli.

Na podstawie obserwacji, rozmów i pracy terapeutycznej z pacjentami po przeszczepieniu nerki oraz uwzględniając specyfikę treści ich obaw, wydaje się, że interwencje poznawczo-behawioralne mogą być traktowane jako szczególnie skuteczne narzędzie pomocy tej grupie chorych.

Piśmiennictwo

1. Eggeling S. Psychosocial implications for live-related donors. EDTNA/ERCA Journal 2000; XXXVI: 4–6.
2. Jakubowska-Winecka A. Psychologiczne problemy transplantacji narządów z perspektywy psychologa praktyka. Maszynopis. Zakład Psychologii Klinicznej IP-CZD, Warszawa, 1999.

3. Jakubowska-Winecka A. Psychologiczna ocena kandydatów na żywych dawców nerki. Prezentacja na V Kongresie Polskiego Towarzystwa Transplantologicznego, Mikołajki, 2001.
4. Phipps A, Turkington D. Psychiatry in the renal unit. *Adv. Psychiatr. Treat.* 2001; 7: 426–432.
5. Trzcińska M. Psychologiczne problemy pacjentów przed transplantacją i po transplantacji nerki. *Now. Psychol.* 2002; 2: 51–61.
6. *Clinical transplantology. To jest wydawnictwo sygnowane przez sponsorującą firmę Fujisawa, nie ma podanych autorów. Tak też się tę pozycję podaje w piśmiennictwie.* Fujisawa GmbH, Munich, 2000.
7. Beck JS. *Cognitive therapy: basics and beyond.* New York: Guilford Press; 1995.
8. Greenberger DD, Padesky CA. *Mind over mood. A cognitive therapy treatment manual for clients.* New York: Guilford Press; 1995.
9. Persons JB. *Cognitive therapy in practice: a case formulation approach.* New York: Thomson; 1989.
10. Maultsby M. *Racjonalna terapia zachowania.* Poznań: Fundacja Alterna; 1992.
11. Stallard P. *Think good — Feel good. A cognitive behaviour therapy workbook for children and young people.* Chichester, England: John Wiley & Sons, Ltd; 2003.
12. Salkovskis PM. Empirically grounded clinical interventions: cognitive-behavioural therapy progresses through a multi-dimensional approach to clinical science. *Behav. Cogn. Psychother.* 2002; 30: 3–9.
13. Andersson G, Yardley L. Combined cognitive-behavioural and physiotherapy treatment of dizziness: a case report. *Behav. Cogn. Psychother* 1998; 26: 365–369.
14. Cole K, Vaughan FL. Brief cognitive behavioural therapy for depression associated with Parkinson's disease: a single case series. *Behav. Cogn. Psychother.* 2005; 33: 89–102.
15. Walker DA. Cognitive behavioural therapy for depression in a person with Alzheimer's dementia. *Behav. Cogn. Psychother.* 2004; 32: 4: 495–500.
16. Lundh LG, Hindmarsh H. Can meta-cognitive observation be used in the treatment of insomnia? A pilot study of a cognitive-emotional self-observation task. *Behav. Cogn. Psychother.* 2002; 30: 233–236.
17. Anie KA, Green J, Tata P, Fotopoulos ChE, Oni L, Davies SC. Self-help manual-assisted cognitive behavioural therapy for sickle cell disease. *Behav. Cogn. Psychother.* 2002; 30: 451–458.
18. Sturmey P, Thomsett M, Sundaram G, Newton JT. The effects of method of behaviour management, client characteristics, and outcome on public perceptions of intervention acceptability in paediatric dentistry. *Behav. Cogn. Psychother.* 2003; 31:169–176.

Materiały informacyjne dotyczące omawianej w artykule problematyki znaleźć można również na stronach WWW:

<http://www.etco.org>

<http://www.kidney.org>, <http://www.poltransplant.org.pl>

Adres: Magdalena Trzcińska, Szpital Uniwersytecki im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, Poradnia Psychologiczna, ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85-090 Bydgoszcz, e-mail: magdalena.trzcinska@wp.pl

Zbigniew Włodarczyk, Katedra i Klinika Transplantologii i Chirurgii Ogólnej, Szpital Uniwersytecki im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85-090 Bydgoszcz, e-mail: zwlodar@yahoo.co.uk