

Anna Trzcieniecka-Green

PROGRAM REHABILITACJI PSYCHOLOGICZNEJ I WTÓRNEJ PREWENCJI PO PRZEBYTYCH ZAWALACH I OPERACJACH WSTAWIENIA POMOSTÓW AORTALNO-WIEŃCOWYCH

PSYCHOLOGICAL REHABILITATION AND SECONDARY PREVENTION PROGRAMME FOLLOWING MYOCARDIAL INFARCTIONS AND CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTS

Zakład Psychologii Śląskiej Akademii Medycznej
Kierownik: dr Anna Trzcieniecka-Green

**psychological rehabilitation
myocardial infarctions
coronary artery bypass grafts**

Autorka proponuje program poznawczo-behawioralny mający zastosowanie w rehabilitacji kardiologicznej. Program ten zastosowany został u pacjentów po zawałach serca i operacjach na naczyniach wieńcowych dwóch londyńskich szpitali. Oceniany był w kategoriach poprawy stanu psychicznego, funkcjonowania w rolach życiowych oraz poprawy wydolności fizycznej.

Summary: Diagnosis of the heart disease has a special meaning for patients. Most of them react with symptoms of stress, which are detrimental to the healing process. Fundamental changes in the pattern of life following acute coronary events may effect social status, position within the family, work and expectations for the future. Research shows that 20-30% of patients reported symptoms of emotional distress (anxiety and depression) even eight to ten years after their stay in hospital. Therefore a psychological intervention is needed to restore their functioning on the psychological, functional and social level. The author describes a psychosocial intervention, used with cardiac out-patients in England and Poland. This multilevel cognitive-behavioural intervention constitutes of home-based relaxation practice and ten group meetings to provide useful stress-management techniques and to discuss the progress of participants.

Choroba wieńcowa jest jednym z podstawowych chronicznych schorzeń występujących w obrębie uprzemysłowionych państw europejskich i jedną z najczęstszych przyczyn śmierci w tych krajach. Jest ona również — jak każda chroniczna choroba — spostrzegana jako poważny stresor przez pacjentów oraz ich rodziny.

Komisja Profilaktyki Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w swych rekomendacjach dotyczących oceny zagrożenia chorobą niedokrwinną serca wymienia następujące czynniki ryzyka: palenie papierosów, podwyższone stężenie cholesterolu LDL, niskie stężenia cholesterolu HDL, podwyższone ciśnienie tętnicze, cukrzyca, wiek, płeć, obecność chorób na tle miażdżycy i obciążenie rodzinne chorobami na tle miażdżycy. W dalszej kolejności: dieta obfitująca w tłuszcze nasycone, cholesterol i kalorie, nadmierne spożywanie alkoholu, mała aktywność fizyczna, zwiększone stężenie trójglicerydów i otyłość. Z wyjątkiem obciążenia na tle rodzinnym, wieku i płci, większość z tych czynników jest

ściśle związana z zachowaniem i stylem życia pacjenta, które są w znacznym stopniu zależne od jego umiejętności radzenia sobie ze stresem [1, 2].

Pacjenci cierpiący na chorobę wieńcową otrzymują zwykle w czasie leczenia szczegółowe wskazówki dotyczące odżywiania się oraz ćwiczeń fizycznych, problem radzenia sobie ze stresem jest natomiast traktowany w sposób bardzo ogólny. Przedstawiony w dalszym ciągu tego opracowania program daje pacjentom szczegółowe wskazówki dotyczące lepszego radzenia sobie ze stresem i zmiany stylu przeżywania.

Argumenty przemawiające za interwencją psychologiczną w chorobie wieńcowej

- Chroniczna choroba jest stresorem i wpływa na stan emocjonalny pacjenta
- Zły stan emocjonalny opóźnia proces zdrowienia
- Większość czynników ryzyka w chorobie wieńcowej jest związana z zachowaniem pacjenta, a zatem jest też zależna od przeżywanych emocji
- Specjalnie dostosowana do potrzeb pacjentów wieńcowych interwencja psychologiczna może wpłynąć na stan emocjonalny i tym samym ograniczyć czynniki ryzyka

Opis programu

Program opiera się na technikach relaksacyjnych oraz krótkoterminowej (10-tygodniowej) interwencji behawioralno-poznawczej, prowadzonej w grupach.

Technika relaksacyjna obejmuje:

- wyobrażenie ciężaru ciała (które łączy się z uczuciem rozluźnienia mięśni)
- wyobrażenie ciepła ciała (które łączy się z rozszerzeniem naczyń krwionośnych)
- wizualne (metaforyczne) wyobrażenie ulepszania funkcjonowania serca i układu krwionośnego
- wyobrażenie białego ekranu, na którym pojawia się „słowo-klucz” (np. spokój).

Dwa pierwsze zadania pokrywają się z pierwszymi krokami treningu autogennego i mają charakter rozluźniający. Trzecie zadanie obejmuje wyobrażenie kwitnącego ogrodu, który usycha, ponieważ zepsuty jest jego system nawadniający. Zadaniem pacjentów jest naprawienie tego systemu. Mają przy tym możliwość poproszenia o pomoc innych – swojej rodziny, swojego lekarza, a nawet zatrudnienia wszelkiego rodzaju specjalistów. Instrukcja określa jasno czas trwania tego wyobrażenia — mogą skończyć dopiero wtedy, gdy system nawadniający będzie naprawiony, a ogród na nowo rozkwitnie. Podkreślona jest następnie analogia pomiędzy działaniem tego systemu a pracą serca i układu krwionośnego. W początkowej fazie tworzenia programu sprawdzano skuteczność opisanej metafory w porównaniu z bardziej „realnym” wyobrażeniem wkraczania do wnętrza ciała i usuwania blokad w naczyniach wieńcowych. Okazało się, że większość pacjentów uważała dokonanie tego za niemożliwe lub reagowała lękowo na to wyobrażenie, podczas gdy metafora ogrodu była przez większość ćwiczących akceptowana. Pacjenci byli informowani przed rozpoczęciem ćwiczeń, że za regulację pracy serca i układu krwionośnego w organizmie człowieka odpowiedzialny jest autonomiczny układ nerwowy, który nie reaguje na polecenia wprost, natomiast reaguje na wyobrażenia.

Zadanie czwarte – wyobrażenie białego ekranu z ukazującym się na nim słowem-kluczem, ma pełnić rolę sygnału, aktywizującego reakcję relaksacji. Począwszy od siódmego tygodnia programu pacjenci są proszeni o stosowanie tego sposobu w różnych sytuacjach

życiowych, w których nie mają czasu albo warunków, by wykonać pełne ćwiczenie relaksacyjne. Proszeni są poza tym o słuchanie kasyty z nagraniem techniką relaksacyjną dwa razy dziennie, rano i wieczorem. Ma to na celu zarówno generalne obniżenie stanu napięcia, jak nauczenie ich techniki relaksacyjnej, którą mogą stosować, gdy czują się szczególnie napięci. Proszeni są również o ocenianie własnego stanu napięcia w skali od 0 do 3 przed wysłuchaniem kasyty i po jej wysłuchaniu. Daje to prowadzącemu informacje na temat przebiegu procesu uczenia się relaksacji, jednocześnie ucząc pacjentów monitorowania własnego poziomu napięcia, na który zazwyczaj nie zwracają uwagi.

Program rozpoczyna się indywidualnym spotkaniem prowadzącego z każdym z uczestników, w celu wyjaśnienia wszystkich jego szczegółów. Ponadto raz w tygodniu są oni zapraszani na spotkania grupowe, na których poza omawianiem postępów w nauce relaksacji, poznają proste techniki radzenia sobie ze stresem.

Tematy poszczególnych spotkań

1. Jak radzić sobie ze złością i irytacją

Pacjenci uczeni są zauważania, a następnie unikania reakcji pobudzenia w odpowiedzi na drobne stresujące wydarzenia, które spotykają ich na co dzień. Prowadzący używa metafory „haczyków”, które uczestnicy programu powinni omijać, jak sprytnie ryby, które nie dają się skusić wędkarskiej przynęcie. W następnym tygodniu pacjenci mają każdego dnia policzyć, ile haczyków udało im się uniknąć, a na ile dali się złapać.

2. Presja czasu i jak jej uniknąć

Ten temat obejmuje planowanie dnia w taki sposób, aby uniknąć poczucia pośpiechu i przeciążenia, charakterystycznego dla pacjentów z chorobą wieńcową. Uczestnicy proszeni są o zrobienie listy zadań, które mają wykonać w przyszłym tygodniu. Przy każdym zadaniu mają wpisać termin wykonania, stopień ważności (od 0 — zupełnie nieważne — do 10 — bardzo ważne) oraz odpowiedzieć na pytanie: kto mnie w to „wrobił”? W praktyce okazuje się, że często sami stawiają sobie niemożliwe do wykonania zadania, a więc sami są odpowiedzialni za istnienie nawału zobowiązań w swoim życiu.

3. Drobne przyjemności

Pacjenci proszeni są o sporządzenie listy drobnych przyjemności — niewielkich i tanich, które mogą wpłynąć na poprawę ich nastroju. Prowadzący podkreśla, że są sytuacje trudne, których nie można uniknąć, ale można je zrównoważyć, właśnie poprzez sprawianie sobie drobnych przyjemności.

4. O drobnych przyjemnościach raz jeszcze

Po przedyskutowaniu list, które zrobili członkowie grupy, oraz ich uzupełnieniu (lista ma zawierać 30 przyjemności), każdy z pacjentów jest proszony o to, by w najbliższym tygodniu „brał” — niczym lekarstwa — po pięć przyjemności dziennie. Po upływie tygodnia pacjenci oceniają i dyskutują zmiany w swoim samopoczuciu. Hasłem tego spotkania jest „dbamy o swój dobry nastrój”.

5. Wyrażanie i kontrola uczuć

Ten temat obejmuje techniki umożliwiające pozbycie się zalegającego afektu oraz zmianę sposobu przeżywania. Prowadzący podkreśla, że pacjenci kardiologiczni zazwyczaj tłumią wyrażanie uczuć i zaleca im, aby w nadchodzącym tygodniu dzielili się swoimi przeżyciami z bliskimi.

6. Jak korzystać z oparcia w innych ludziach

Pacjenci uczą się rozszerzać swoją sieć wsparcia społecznego — dyskusja dotyczy systemu wsparcia społecznego, który powinien być szeroki i obejmować wszystkie zakresy życia. Proszeni są o to, by w następnym tygodniu coś zmienili w swoim życiu — nawiązali nowe znajomości, odnowili stare, wzięli udział w działalności społecznej lub charytatywnej. Prowadzący zaleca również, by spróbowali ćwiczyć relaksację bez słuchania kasy.

7. Specjalne spotkanie dla żon i mężów — uczestników programu

Spotkanie to ma na celu zajęcie się rodzinami i stresem, jaki członkowie rodzin przeżywają w związku z chorobą pacjentów. W większości programów rehabilitacyjnych rodzina pacjenta jest włączona wyłącznie jako element pomocniczy w procesie jego zdrowienia. Ich twórcy wykazują znikome zainteresowanie trudnościami, jakie przeżywają osoby bliskie pacjentom w związku z ich chorobą. W opisywanym programie pacjenci mogą uczestniczyć w spotkaniu, ale bez prawa zabierania głosu. Prowadzący zadaje na początku pytanie skierowane po kolei do każdego z obecnych: co było dla Pani/Pana najtrudniejsze do przeżycia w momencie sytuacji zachorowania współmałżonka/członka rodziny? W wielu wypadkach pacjenci po raz pierwszy słyszą o tym, jak ich bliscy przeżywają ich chorobę. Spotkanie kończy się zadaniem: pacjenci mają zrobić coś przyjemnego dla swoich bliskich, członkowie rodzin zaś mają zadbać o własne potrzeby.

8. Plany na przyszłość

Pacjenci proszeni są o odpowiedź na pytanie, co chcieliby zrobić dla swojego zdrowia, dla rodziny, dla swojego osobistego rozwoju i dla swojej przyjemności w ciągu trzech miesięcy, sześciu miesięcy, roku i dziesięciu lat. Technika ta ma na celu zmniejszenie ich lęku przed przyszłością, którą widzą zazwyczaj w czarnych barwach. Powoduje także pojawienie się planów na przyszłość w przypadku pacjentów, którzy nic nie planują z lęku, że mogą tych planów nie zrealizować. W tym tygodniu prowadzący prosi o stosowanie techniki „białego ekranu” kilkakrotnie w ciągu dnia, żeby wywołać reakcję relaksacji bez stosowania wszystkich kroków zapisanych na taśmie.

9. Wracamy do przyszłości

Plany poszczególnych pacjentów są odczytywane i omawiane w grupie. Wzmacniane są tym samym pozytywne oczekiwania pacjentów. Uczestnicy spotkania zwracają uwagę na to, czy plany innych dotyczą wszystkich wspomnianych zakresów, czy też któryś z nich jest pomijany. Omawiana jest rola długoterminowych planów w organizacji aktywności człowieka i tym samym w poprawie jakości życia.

10. Jak radzić sobie z bólem i bezsennością

Pacjenci poznają techniki radzenia sobie z uciążliwymi objawami pojawiającymi się w przebiegu choroby wieńcowej. Ćwiczone są techniki wizualizacji zmniejszania i usuwania bólu. Dyskutuje się również mechanizm powstawania błędnego koła „bezsenna – lęk przed bezsennością – nasiloną bezsenność” i sposoby jego przerwania. W trakcie tego spotkania dokonuje się również podsumowania programu. Uczestnicy mówią o tym, co udało im się uzyskać i jakie zmiany chcieliby wprowadzić. Są także informowani o terminie spotkania po sześciu miesiącach, które ma wykazać, czy program przyniósł długotrwałe korzyści.

Zapowiedź spotkania po sześciu miesiącach jest istotną częścią programu, daje bowiem uczestnikom poczucie, że nie są pozostawieni samym sobie. Z badań wynika, że poziom niepokoju i depresji u pacjentów kardiologicznych niekiedy podnosi się po wypisaniu ze szpitala, właśnie ze względu na poczucie bezradności wobec choroby i braku oparcia w służbach medycznych.

Podsumowanie

Program ten ma na celu redukcję większości czynników psychospołecznych wpływających negatywnie na stan psychofizyczny chorych po zawałach i operacjach serca. Wiadomo, że nasilony niepokój i kliniczny poziom depresji opóźniają rekonwalescencję po operacji wszczepienia pomostów [3] i zawałach mięśnia sercowego [4]. Wielu autorów podkreśla również znaczenie wsparcia społecznego dla procesu zdrowienia [5, 6]. Nowe sposoby radzenia sobie ze stresem mogą ułatwiać adaptację do choroby i zapobiegać ponownej hospitalizacji [7, 8].

Poznawczo-behawioralny charakter programu sprawia, że pacjenci nie tylko otrzymują informacje na temat pożądanej zmiany stylu życia, ale uczestniczą w realizacji konkretnych zadań i mogą ocenić ich skuteczność. Grupowy charakter programu dostarcza wsparcia ze strony innych osób, które są w tej samej sytuacji, uczestnictwo zaś prowadzącego psychologa gwarantuje utrzymanie pozytywnego kierunku poszukiwań i przemian. Program akcentuje również aktywny udział i samodzielną pracę pacjentów, którzy po pobycie w szpitalu często zgłaszają poczucie utraty kontroli nad własnym życiem.

Wyniki przedstawionego programu, stosowanego wobec pacjentów po zawałach i wszczepionych pomostach aortalno-wieńcowych w St. George's i St. Helier Hospitals w Londynie zostały ocenione w kategoriach zarówno poprawy stanu psychicznego pacjentów oraz ich funkcjonowania w rolach życiowych, jak i poprawy wydolności fizycznej [9].

Piśmiennictwo

1. Johnston DW. Will stress management prevent coronary heart disease? *Psychol.: Bul. Brit. Psychol. Soc.* 1989; 1: 275-278.
2. Steptoe A. Stress and the cardiovascular system: a psychosocial perspective. W: Stanford CE, Salmon P, red. *Stress: an integrated approach*. London: Academic Press; 120-141.
3. Langosh W, Schmoll-Flockerzie HP. Psychological reactions to open heart surgery: results of the quantitative and qualitative analysis of the recovery process. W: walter PJ, red. *Quality of life after open heart surgery*. Dordrecht: Kluwer; 193-200.
4. Conn VS, Taylor SG, Wiman P. Anxiety, depression, quality of life and self-care among survivors of myocardial infarction. *Iss. Ment. Health Nurs.* 1991; 12: 321-331.
5. Fontana AF, Kerns RD, Rosenberg RL, Colonese KL. Support, stress and recovery from coronary heart disease: a longitudinal causal model. *Health Psychol.* 1989; 8: 175-193.

6. Orth-Gomer K, Uden AL. Type A behaviour, social support and coronary risk: interaction and significance for mortality in cardiac patients. *Psychosom. Med.* 1990; 55: 37-43.
7. Gorkin L, Schron EB, Brooks MM, Wiklund L, Kellen J, Verter J, Schoenberger JA, Pawitan Y, Morris M, Shumaker S. Psychosocial predictors of mortality in the Cardiac Arrhythmia Suppression Trial-1 (Cast-1). *Am. J. Cardiol.* 1993; 71:263-267.
8. Frasure-Smith N, Prince R. Long-term follow-up of the Ischemic Heart Disease Life Stress Monitoring Program. *Psychosom. Med.* 1989; 51: 485-513.
9. Trzcieniecka-Green AM, Steptoe A. The effects of stress management on the quality of life of patients following acute myocardial infarction or coronary bypass surgery. *Eur. Heart J.* 1996; 17: 1663-1670.

Adres: Zakład Psychologii ŚAM
ul. Medyków 12
40-752 Katowice